



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Opas tyypin 2 diabetekseen sairastuneen elämäntapaohjauksen ja omahoidon tueksi

Himanto, Tuija
Kujansuu, Jenni

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Opas tyypin 2 diabetekseen sairastuneen elämäntapaohjauksen ja omahoidon tueksi

Himanto, Tuija & Kujansuu, Jenni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2017

Himanto, Tuija & Kujansuu, Jenni

Opas tyypin 2 diabetekseen sairastuneen elämäntapaohjauksen ja omahoidon tueksi

Vuosi 2017

Sivumäärä 67

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa käytännön tarpeita vastaava opas tyypin 2 diabetesta sairastavalle potilaalle Riihimäen terveyskeskuksen sairaanhoitajien käyttöön. Työelämän edustaja toi esiin tarpeen potilaalle suunnatusta materiaalista, joka olisi ladattavissa terveyskeskuksen kuntayhtymän intranetistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada hoitajille tukea potilasohjaukseen. Lisäksi tavoitteena oli saada potilaalle kokonaisvaltainen kuva tyypin 2 diabeteksestä ja sen hoitoon liittyvistä asioista.

Opinnäytetyön tietoperusta rakennettiin kirjallisuuden, artikkeleiden ja verkkolähteiden avulla. Tietoperustassa kuvattiin potilasohjausta, tyypin 2 diabetesta sairautena ja sen hoitoa. Lisäksi kuvattiin diabeteksen omahoitoa ja sen tärkeyttä.

Oppaan kokoamista varten tehtiin alkukartoitus ja kokoamisen jälkeen palautekysely, jotka molemmat toteutettiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelussa haettiin vastauksia eri teemoihin esimerkkikysymysten avulla. Hoitajat saivat kysymykset tutustuttavakseen ennen haastattelua. Teemahaastattelut toteutettiin puhelimitse ja ne analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Alkukartoituksessa selvitettiin millaisena hoitaja kokee tyypin 2 diabeteksen ohjauksen, millaisia tukimateriaaleja hänellä siihen on ja kuinka potilasohjausta voisi parantaa. Alkukartoitusten perusteella hoitajilla ei ole yhtenäistä runkoa potilasohjaukseen vaan jokaisella on oma tapansa toteuttaa diabeetikon ohjausta. Lisäksi diabeetikot koettiin haastavaksi potilasryhmäksi. Työelämän edustajalta saatiin jo etukäteen pyynnöksi, että oppaaseen tulisi henkilökohtainen insuliinihoidon aloitusta koskeva lomake, joka olisi myös englanninkielellä. Hoitajat toivovat selkeää ja puhuttelevaa opasta, jossa on kuvia. Toivottiin myös perus tietoa diabeteksestä, jotta potilas oppisi tuntemaan oman sairautensa. Alkukartoituksessa ilmeni tarve lähteille, joista hakea lisätietoa.

Palautehaastattelussa haluttiin selvittää se, miten hoitaja näkee oppaan hyödynnettävyyden potilaan ohjauksessa. Hoitajat olivat palautehaastatteluiden perusteella tyytyväisiä oppaaseen. Opasta pystyy käyttämään hyvänä runkona keskusteluissa ja sen avulla potilaan ymmärrys tyypin 2 diabeteksestä voi lisääntyä. Palautehaastattelussa hoitajat esittivät kehittämiseksi sen, että oppaassa on omat osionsa omahoidolle, diabeteksen perustiedolle ja insuliinihoitoiselle diabeetikolle.

Opinnäytetyön tuloksena tuotettu opas on hyvä keskustelurungon pohja hoitajille diabeetikon ohjaukseen. Täten voidaan turvata hoidon jatkuvuutta ja tasavertaista potilasohjausta. Oppaaseen voi aina palata uudelleen ja sen voi antaa potilaalle kotiin luettavaksi. Oppaassa on pyritty korostamaan potilaslähtöisyyttä ja potilaan aktivointia omaan hoitoonsa.

Asiasanat: tyypin 2 diabetes, potilasohjaus, omahoito, opas

Himanto, Tuija & Kujansuu, Jenni

A guide book for supporting life style guidance and self-treatment of Type 2 diabetes patients

Year	2017	Pages	67
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to produce a guide book about the practical needs of a Type 2 diabetes patient for the nurses working in the Riihimäki Health-Care Center. A working-life advocate introduced the need for the material directed to the patients, which would also be downloadable from the Health-Care Center's Municipal Groups' intranet. The aim of the thesis was to provide support for the nurses with their patient guidance. In addition the aim was also to provide a complete picture about Type 2 diabetes and the facts regarding the treatment for the patient.

The background for the thesis was based upon literature, articles and internet sources. Patient guidance, Type 2 diabetes as a disease and its treatment was explained in the background. Also the self-treatment and its importance were explained.

For the composition of the guide book an initial survey was carried out and a feedback survey was conducted afterwards. Both of these were executed by a theme interview. In these interviews we were looking for answers for different themes by using questions as examples. The participating nurses received the questions in advance for familiarization. The interviews were conducted via telephone and were analyzed using data-based content analysis.

In the initial survey we wanted to clarify; how a nurse experiences the Type 2 diabetes guidance, what kind of support materials a nurse has for the guidance and how patient guidance could be improved. Based on the initial survey the nurses have no single coherent framework for patient guidance, but everyone has their own way of practicing the guidance of diabetics.

In addition diabetics were experienced as a challenging patient group. We received a request for the guide book to include a personal form for starting the insulin treatment, which would also be in English, in advance from the working-life advocate. The nurses requested a clear and appealing guide book with pictures. Basic knowledge about diabetes was also requested for helping the patients to understand their illness. With the initial survey the need for sources from which to look for additional information was also clearly indicated.

With the feedback interview we wanted to clarify how a nurse experiences the actual applicability of the guide book in patient guidance. Based on the feedback interviews, nurses were pleased with the guide book. The guide book is very applicable as a framework for guidance discussions and with it the patients' understanding of Type 2 diabetes might increase. The nurses suggested the guide book should include separate sections for self-treatment, basic information about diabetes and information for a diabetic with insulin treatment as further developments.

The guide book, developed as a result of this thesis, works well as a discussion-framework basis for nurses to be used when guiding diabetics. Consequently the continuity of the treatment and equal patient guidance can be ensured. It is always possible to return to the guide book and it can be handed to the patient to take home for further reading. The emphasis of the guide book is on patient-orientation and activating the patient for self-treatment.

Keywords: Type 2 diabetes, patient guidance, self-treatment, guide book

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Potilaan ohjaus	6
2.1	Demonstraatio ohjausmenetelmänä	8
2.2	Kirjallinen potilasohjaus	9
2.3	Puhelinohjaus	10
2.4	Ryhmäohjaus	11
3	Tyypin 2 diabetes ja potilaan terveyden edistäminen	12
3.1	Tyypin 2 diabeteksen kehittyminen	12
3.2	Tyypin 2 diabeteksen lisäsairaudet	13
3.2.1	Retinopatia	14
3.2.2	Neuropatia	14
3.2.3	Nefropatia	15
3.2.4	Sydän- ja verisuonisairaudet	15
3.3	Hoito ja hoidon toteutus	16
3.3.1	Verensokerin seuranta	17
3.3.2	Lääkehoidon pääpiirteitä	19
4	Potilaan omahoito	20
4.1	Painonhallinta	22
4.2	Ruokavalio	23
4.3	Liikunta	24
4.4	Alkoholi	25
4.5	Tupakointi	26
4.6	Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma	27
5	Opinnäytetyön toteutus	28
5.1	Kartoitusten suorittaminen	29
5.2	Toimintaympäristön kuvaus	31
5.3	Kartoituksien tulokset	31
5.3.1	Alkukartoituksen tulokset	32
5.3.2	Oppaan laatiminen	38
5.3.3	Palautehaastattelun tulokset	39
6	Johtopäätökset ja pohdinta	41
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	42
6.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi	43
	Lähteet	45
	Kuviot	48
	Liitteet	49

1 Johdanto

Diabetes on maailmalla ja Suomessa yksi nopeimmin lisääntyvistä taudeista. Diabetesta sairastaa yli 500 000 suomalaista ja määrän arvioidaan olevan suurempikin. Taudin hoitokustannukset ovat noin 15 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista Suomessa ja ennusteen mukaan sairastuneiden määrä sekä taudin hoitokustannukset kasvavat koko ajan (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 559). Diabetes on energia-aineenvaihdunnanhäiriö, joka ilmenee veren kohonneena glukoosipitoisuutena eli kohonneena verensokeripitoisuutena. Häiriö johtuu insuliinihormonin puutteesta, sen heikentyneestä toiminnasta tai näistä molemmista. Elämälle keskeinen glukoosiaineenvaihdunta on välttämätön tekijä elimistön kudosten energia-aineenvaihdunnalle. Kohonneeseen verensokeriin liittyy myös valkuais- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriintyminen. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2015, 9, 16.)

Lähtökohtana opinnäytetyölle on kiinnostus diabeteksen hoitoa kohtaan. Tietämys sairaudesta ja sen erilaisista hoitoon liittyvistä asioista on tärkeää, koska diabetesta kohtaa jokaisessa hoitoympäristössä. Sairauden yleisyyden vuoksi tahdoimme syventää osaamistamme diabeteksen hoitoon. Opinnäytetyön lopullinen tuotos on opas tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan hoidon ohjauksen tueksi Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän käyttöön.

Tarkoituksena on tuottaa käytännön tarpeita vastaava sähköinen opas tyypin 2 diabeteksesta potilaalle sekä hoitajien ohjauksen tueksi. Tämä opas on ladattavissa terveyskeskuksen kuntayhtymän intranetistä. Opas rakennetaan hoitosuositusten ja näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Opinnäytetyön tavoitteena on selkeyttää potilaan ymmärrystä tyypin 2 diabeteksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi tavoitteena on saada sekä potilaalle että hoitajalle kokonaiskuva sairauden hoitoon liittyvistä asioista. Täten pystytään parantamaan potilaan hoidon seurantaa ja elämänlaatua.

2 Potilaan ohjaus

Ohjaus on hoitotyössä keskeinen osa potilaan hoitoa. Se toteutuu suunnitelmallisesti eri tilanteissa. Potilasohjauksen tarkoituksena on tukea potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa ottamaan vastuusta terveydestään ja hoitamaan mahdollisimman hyvin itseään (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5). Potilasohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan tietoa ja ymmärrystä. Sen avulla edistetään potilaan itsenäistä ja tie-

toon perustuvaa päätöksen tekoa sekä edistetään hänen kykyjään ja aloitteellisuuttaan parantaa elämäänsä haluamaansa suuntaan. Potilasohjauksessa keskeistä on tukea potilasta aktiivisuuden ja tavoitteellisuuteen. Tavoitteena on saada potilas ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Hyvässä potilasohjauksessa huomioidaan potilaan tiedon tarpeet ja taustatekijät. Lisäksi potilasohjaus rakentuu potilaan itse esille tuomista ja hänelle tärkeistä asioista. (Lipponen 2014, 17-18.)

Ammattihenkilöstöltä vaaditaan potilasohjauksessa ammatillista vastuuta ylläpitää ja kehittää omia ohjausvalmiuksiaan. Ammattihenkilöstön tulee myös edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja ja turvata potilaalle riittävä ohjeistuksen saanti. Potilasohjaus perustuu aina potilaan omiin tarpeisiin ja on sidoksissa taustatekijöihin, kuten ikään ja motivaatioon. Tarkoituksena on antaa potilaalle riittävää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Riittävällä ja vaikuttavalla potilasohjauksella on positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämisessä, itsehoidossa, arkipäivästä selviytymisessä ja hoitoon sitoutumisessa. Lisäksi potilaan hallinnan tunne vahvistuu siitä, että pärjää sairauden kanssa ja pystyy vaikuttamaan oireisiin. (Lipponen 2014, 17-18.)

Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksen tavoitteena on edistää ohjattavan hoitoon sitoutumista. Ohjattavaa autetaan saavuttamaan ne tavoitteet, jotka tähtäävät terveydentilan kohentumiseen. Ohjattavan ja hoitajan ajatukset, tunteet ja toiminnot vaikuttavat ohjaussuhteessa. Lisäksi avainasemassa ovat ohjattavan omat näkemykset itsestään ja elämästään sekä toiveensa siitä, minkä haluaa muuttuvan. Hoitaja voi auttaa ohjattavaa näkemään mahdollisuuksiaan uudessa valossa, löytämään omia voimavarojaan ja lisäämään itsetuntemustaan. Hoitaja voi lisäksi antaa informaatiota taidollisiin ja tiedollisiin ongelmiin. Ohjaussuhteen perustana on luottamus, empatia ja välittäminen. (Lipponen ym. 2006, 25.)

Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat tilanteeseen osallistuvien keskinäinen kunnioitus sekä kunnioitus toista ihmistä kohtaan ja hänen asiaansa kohtaan. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat myös asiallisuus, taito ilmaista ajatuksia selkeästi ja kyky tehdä kysymyksiä (Lipponen ym. 2006, 25.)

Lipposen, Kyngäksen ja Kääriäisen (2006) kehittämishankkeen ohjaustapahtumissa keskinäinen kunnioitus ilmeni hoitajan asiallisuuden lisäksi ystävällisenä käyttäytymisenä. Hoitaja valmistautui ohjaustapahtumaan etukäteen, josta ilmeni ohjattavan kunnioittaminen. Kun hoitaja rytmitti ja tauotti omaa puhettaan, ohjattava sai mahdollisuuden kertoa omia mielipiteitään ja tehdä lisäkysymyksiä. (Lipponen ym. 2006, 28-29.)

Kehittämishankkeessa ohjaustilanteet rakennettiin niin, että ohjaustilanteissa käytettiin ymmärrettävää kieltä ja vältettiin turhia erikoissanoja. Lisäksi hoitaja huomioi ohjattavan iän ja

vastaanottokyvyn. Kiinnostustaan ohjattavaan hoitaja osoitti katsekontaktin avulla ja harkituin ilmein sekä elein. Ohjaustilanteisiin varattiin riittävästi aikaa vastavuoroiseen ja rauhalliseen keskusteluun. Tämä loi ohjattavalle mielikuvan kiireettömästä ja yksilöllisestä ohjausta-pahtumasta. Asiat esitettiin johdonmukaisesti ja sen pohjalta ohjattava pystyi muodostamaan tilanteestaan kokonaiskuvan. Ohjaustilanteisiin valittiin mahdollisimman rauhallinen tila, jonka avulla minimoitiin häiriötekijät. Häiriötekijöiden, kuten puhelimien, ei annettu vaikuttaa tilanteeseen. Hoitajan aktiivisen läsnäolon ja ohjaustaitojen avulla mahdollistettiin ohjaustilanteen onnistuminen häiriötekijöistä huolimatta. Tarkoituksenmukainen tila tuki vuorovaikutusta, koska siellä oli kaikki ohjauksen kannalta oleelliset välineet ja materiaalit. Huoneen valoisuus, sopiva lämpötila ja huonekalujen sijoittelu vahvistivat myönteistä ilmapiiriä. (Lipponen ym. 2006, 28-29.)

2.1 Demonstraatio ohjausmenetelmänä

Demonstrointi on näyttämällä opettamista, joka voidaan jakaa harjoitteluun ja havainnolliseen esittämiseen. Tarkoitus on antaa potilaalle selvä kuva siitä, kuinka jokin asia tehdään (Kyngäs ym. 2007, 129). Sen avulla voidaan selvittää tunteita ja käsitteitä. Potilaalle voidaan antaa demonstraation lisäksi tietoa esimerkiksi kirjallisesti. (Lipponen ym. 2006, 58.)

Demonstroinnin aikana joku joka osaa jo taidon, demonstroi toimintamallin sellaiselle, joka ei vielä osaa. Ohjaajan vastuulla on ensisijaisesti tapahtuman suunnittelu ja tekninen toteutus. Onnistuakseen demonstrointi vaatii kuitenkin molempiin suuntiin tapahtuvaa vuorovaikutusta. Potilasohjauksessa käytetään demonstraatiota silloin, kun opetetaan motorisia taitoja ja harjoitellaan käytännön taitoja. Se otetaan osaksi ohjausta silloin, jos potilaan tai omaisen tulee itse toteuttaa toimenpide. Taitojen opettamisessa demonstraatio ja suullinen ohjaus ovat tehokkaampia kuin kirjallinen materiaali. Sillä ei ole ohjauksen onnistumisen kannalta merkitystä, saako potilas ohjauksen viikkoa vai päivää ennen toimenpidettä. (Lipponen ym. 2006, 58-59.)

Demonstraatiossa on tärkeää, että potilas on tietoinen esityksen tarkoituksista ja vaiheittaisesta etenemisestä. Potilaan tulee lisäksi tietää vaadittavat välineet ja toiminta. Hyvä havainnollistaminen vaatii hyvän suunnittelun. Koska demonstraatio voi helposti johtaa potilaan passivoitumiseen, tulee herättää potilaan kiinnostus asiaan. Potilaalle selitetään, miksi toiminta etenee tietyssä järjestyksessä ja miksi toiminta on tärkeää (Kyngäs ym. 2007, 129). Ohjauksessa on hyvä huomioida myös potilaan sosiaalinen tukiverkosto. Kun annetaan tietoa potilaan läheisille, voidaan vähentää ahdistuneisuutta ja parantaa läheisen kykyä tukea potilasta. (Lipponen ym. 2006, 59.)

Ympäristön huomiointi korostuu ohjauksen toteuttamisessa. On hyvä valita turvallinen ja häiriötön tila sekä rauhallinen ilmapiiri, joka mahdollistaa kahdenkeskisen keskustelun. Sellaisessa ilmapiirissä luottamuksellisista ja aroista asioista voidaan keskustella avoimesti. Ennen demonstraation tapahtumista on tärkeää kerätä kaikki ohjaustapahtumassa tarvittavat välineet yhteen ja antaa kirjalliset sekä suulliset ohjeet. Demonstraation tulisi tapahtua olosuhteissa, jotka muistuttavat ympäristöä, jossa taitoa tullaan käyttämään. Ohjaustilanne on hyvä pyrkiä järjestämään mahdollisimman hyvin vastaamaan arkitodellisuutta ja potilaan omaa fyysistä ympäristöä. (Lipponen ym. 2006, 58-59.)

2.2 Kirjallinen potilasohjaus

Kirjallisten ohjeiden käyttäminen on tärkeässä osassa, jotta potilas saa tarvitsemansa tiedot ennen hoitoa ja vielä hoitokontaktin päättymisen jälkeen. Kirjallisessa ohjeistuksessa olennaista on ohjeiden oikeellisuus ja se, miten asiat niissä kerrotaan. Ensisijaisena tavoitteena on potilaiden kasvatusta ja vastaaminen potilaita askarruttaviin kysymyksiin. Kirjallinen ohje yleensä annetaan potilaalle suullisen ohjauksen yhteydessä, ja silloin on mahdollista läpikäydä ja täydentää sitä. (Lipponen ym. 2006, 66.)

Kirjallinen ohje tulee olla jokaiselle potilaalle sopiva ja hänen tietojensa sekä tarpeidensa mukainen. Potilas voi tarvita tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, komplikaatioista, lääkityksestä, sairauden etenemisestä, sairauteen liittyvästä epävarmuudesta tai sen uusiutumisen riskeistä (Kyngäs ym. 2007, 124). Kirjallisten ohjeiden avulla pyritään välttämään väärinkäsityksiä sekä korjaamaan niitä. Lisäksi niiden avulla vähennetään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisätään tietoa saatavilla olevista palveluista. Kirjallisten ohjeiden avulla annetaan tietoa potilaalle sairauteen liittyvissä asioissa. Lisäksi niiden avulla autetaan potilasta valmistamaan tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä autetaan potilasta sopeutumaan sairauteensa. Kirjallisilla ohjeilla voidaan auttaa myös potilasta suunnittelemaan elämänsä sairauden kanssa tai sen hoidon aikana. (Lipponen ym. 2006, 66.)

Potilaan tulee saada selvitys hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista, hoidon merkityksestä ja niiden vaikutuksista. Tiedot on annettava ymmärrettävällä tavalla rehellisesti ja avoimesti. Kun potilas on aistivammainen tai vieraskielinen, tiedon tulkitsemisesta on aina huolehdittava, jos se on mahdollista (Lipponen ym. 2006, 66). Kirjallisen materiaalin tulee olla sisällöltään ja kieliasultaan sopivaa sekä ymmärrettävää. Lisäksi ohjausmateriaali tulisi tarjota potilaalle sopivassa paikassa sopivaan aikaan. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Ohjeen kirjoittamisen lähtökohtana ovat laitoksen tarpeet ja potilaan tarpeet. Laitoksen tavoite on ohjata potilas toimimaan oikealla tavalla ja potilaan tavoite on saada olennainen tieto. Potilaan erityisvaatimukset tulee huomioida potilasohjetta suunniteltaessa. Hyvä potilasohje puhuttelee potilasta, erityisesti silloin, jos ohjeessa on käytännön toimintaohjeita esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumiseen. Ohje ei saa sisältää suoria määräyksiä. Niiden sijaan ohjeita tulee perustella, ja selittää miksi niin kannattaa toimia. Ohjeiden kirjoittaminen on hyvä aloittaa tärkeimmästä ja edetä vähemmän tärkeään. Silloin vain alun lukee ne saavat tietoonsa kaikkein olennaisimman. Pääotsikko kertoo potilasohjeen tärkeimmän asian ja väliotsikot auttavat lukijaa lukemaan tekstin loppuun. Kuvat ovat hyviä potilasohjeissa, koska ne voivat auttaa ymmärtämään asiaa. Kuvatekstit ohjaavat niiden luentaa. Kuvien valinnassa tulee kuitenkin huomioida se, ettei kuvitus saa loukata ketään (Lipponen ym. 2006, 67). Ymmärrettävässä potilasohjeessa on siis selkeä kirjasintyyppi, joka on riittävän kokoinen. Teksti on myös selkeästi jaoteltu ja aseteltu. Tärkeitä asioita voidaan painottaa korostuskeinoin. Ohjeen väriytykseen ja kokoon on hyvä kiinnittää huomiota. (Kyngäs ym. 2007, 127.)

2.3 Puhelinohjaus

Puhelinohjauksessa voi olla lähtökohtana hoitajan kontakti potilaaseen tai potilaan kontakti hoitajaan. Lisäksi puhelinohjaus voidaan jakaa joko terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen tai palveluohjaukseen. Palveluohjaus tarkoittaa palveluista kertomista ja asiakkaan ohjaamista terveydenhuoltojärjestelmään. Potilaan terveydentilaan liittyvässä ohjauksessa on kyse terveyden- tai sairaanhoidon ohjauksesta (Kyngäs ym. 2007, 118). Puhelinohjauksella tarkoitetaan ammattihenkilön puhelimen välityksellä antamaa ohjausta, joka koskee potilaan terveyteen liittyviä asioita. Puhelinohjauksen avulla voidaan hoitaa potilaan ongelmia ilman lääkärissä käyntiä. Samalla voidaan myös ohjata jatkohoitoon lääkärihoitoa tarvitsevat potilaat. Hoitajat tekevät päätöksiä soittajan oireiden kiireellisyydestä haastattelun ja kuuntelemisen perusteella. (Lipponen ym. 2006, 78.)

Puhelinohjaus vaatii toimiakseen sairaanhoitajalta systemaattisuutta puhelinhaastattelun teossa ja hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa sekä arvioinnissa. Potilaan voinnin ja hoidon tarpeen arviointi perustuu hoitajan kykyyn kuvata potilaan vointia objektiivisesti sekä siinä tapahtuvia muutoksia. Lisäksi siihen vaikuttaa hoitajan kyky esittää tarkentavia lisäkysymyksiä ja täsmennyksiä. Puhelinohjaus edellyttää hoitajalta moitteetonta kuuntelutaitoa, tietoisuutta omista vuorovaikutustaidoistaan ja normaalista kasvusta ja kehityksestä. Lisäksi hoitajalla tulee olla käytössään kaikki tiedot potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Puhelinohjauksen tehokas vuorovaikutus vaatii hoitajalta tietoisuutta omasta äänensävyistään ja tietoa siitä,

mitä sanoja käyttää sen aikana. Puhelinohjauksessa korostuu hoitajan ja potilaan välinen non-verbaalinen viestintä; hoitaja kuuntelee ja havainnoi potilaan hengitysmekaniikan muutoksia, yleisen keskustelun äänensävyä, hiljaisuutta, taustalta kuuluvia ääniä ja valitusta. (Lipponen ym. 2006, 78-79.)

2.4 Ryhmäohjaus

Kun potilaista muodostuu ryhmä, havaitaan siinä seuraavia tunnusmerkkejä: yhteinen tavoite, ryhmäsuhteet ja ryhmädynamiikka. Ryhmän luonteeseen vaikuttaa sen koko. Pienryhmä on 5-12 henkilön ryhmä. (Lipponen ym. 2006, 86). Ryhmän tavoite vaihtelee usein sen koon mukaan. Ryhmäohjauksen avulla voidaan monesti saavuttaa yksilöohjausta parempia tuloksia. (Kyngäs 2007, 104.)

Ryhmät ovat tehokkaita terveystieteiden näkökulmasta, koska potilailla on niissä mahdollisuus keskustella toisen samassa tilanteessa olevan kanssa. Samalla he oppivat toisiltaan. Ryhmässä potilaat eivät koe olevansa yksin ja heillä on mahdollisuus auttaa muita. Sitä kautta he pystyvät vahvistamaan omaa itsekontrolliaan ja itsetuntoaan. Ryhmäohjauksen myötä potilas saa sosiaalista tukea, joka vaikuttaa positiivisesti hänen vammastaan tai sairaudestaan johtuvaan stressitilanteeseen. Sosiaalinen tuki vähentää stressiä ja suojaaa stressin vaikutukselta. Sosiaalisen tuen avulla potilas sopeutuu helpommin sairauteensa ja se tukee hänen hoitoon hakeutumistaan. Ryhmäohjaus on hyvä tapahtua silloin, kun sairastumisesta on kulunut jo tovi. Silloin sosiaalisen tuen vaikutus ja tehokkuus ovat parhaimmillaan, koska potilaan voimavarat ovat kokonaan käytössä ja tarvitaan ulkopuolista tukea avuksi. Liian varhainen sosiaalinen tuki vähentää omaoimisuutta ja lisää riippuvuutta tuen antajiin. Liian myöhään annettu tuki ei ole hyväksi, koska tuen tarve muuttuu laajemmaksi ongelmien monimutkaisuutena. (Lipponen ym. 2006, 86-87.)

Ohjaajan on valmistauduttava ryhmäohjaukseen, jotta ohjaustapahtuma onnistuu. Ohjaaja perehtyy aiheeseen ja rajaa sisällön. Lisäksi hän laatii tavoitteet ja valitsee ohjausmenetelmät. Ohjaustilan valmisteluun tulee kiinnittää huomiota, koska tilan, välineiden ja ympäristön avulla mahdollistetaan vuorovaikutus sekä katsekontakti ryhmäläisten kesken. Ohjaajan olisi hyvä mahdollisuuksien mukaan tutustua ryhmään osallistuvien taustatietoihin etukäteen. (Lipponen ym. 2006, 87.)

3 Tyypin 2 diabetes ja potilaan terveyden edistäminen

Suomessa noin 80 prosenttia diabeetikoista sairastaa 2 tyypin diabetesta. Tyypin 2 diabetes on vahvasti perinnöllinen. Jos yhdellä vanhemmista on sairaus, todennäköisyys lapsen sairastumiseen on 40 prosenttia, jos molemmilla vanhemmista on tyypin 2 diabetes, todennäköisyys lapsen sairastumiseen nousee 70 prosenttiin. Periytyvyys äidin puolelta kasvattaa hieman riskiä. Sairaus puhkeaa useimmiten yli 35-vuotiaana ja noin puolet 2 tyypin diabeetikoista on yli 65-vuotiaita. Tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen voidaan vaikuttaa elintavoilla. Sairauden jatkuva lisääntyminen liittyy väestön ikääntymiseen, kasvavaan ylipainoon ja liikunnan vähentymiseen, jotka ovat seurausta autoistumisesta ja arkiliikunnan vähydestä. Liikunta kasvattaa insuliiniherkkyyttä ja ehkäisee verensokerin nousua. Liikunnan vähäisyyden lisäksi verensokerin nousulle altistavia tekijöitä ovat lisäksi runsas rasvojen käyttö, vähentynyt kuitujen osuus ruuassa, stressi, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, unihäiriöt ja ikääntymisen myötä tulevat muutokset elimistössä. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 18-19.)

Ulkoiset tekijät usein laukaisevat sairauden puhkeamisen ja näihin ihminen voi vaikuttaa elintavoillaan. On tärkeää tunnistaa suuressa sairastumisvaarassa olevat henkilöt, joita ovat diabeetikon lähisukulaiset, raskauden aikaista diabetesta sairastaneet, metabolista oireyhtymää sairastavat tai henkilöt joilla on sepelvaltimotauti, sydänveritulppa, aivoverenkiertohäiriöitä, aivohalvaus tai jalkojen verenkierto-ongelmia (Ilanne-Parikka ym. 2015, 25,25). Metabolinen oireyhtymä tarkoittaa aineenvaihdintahäiriötä, jolle on ominaista keskivartalolihavuus, insuliinin tehottomuus, pieni HDL-kolesterolipitoisuus ja kohonnut verenpaine sekä suurentunut veren glukoosipitoisuus. Oireyhtymän syntyyn vaikuttaa geneettinen alttius ja elintapatekijöistä suurimpana ylipaino, liikunnan puute ja rasvainen ruoka. Nämä riskitekijät ovat merkittäviä tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttajia. Sairauksien riski riippuu metabolisen oireyhtymän vaikeusasteesta. (Ahonen ym. 2013, 204.)

3.1 Tyypin 2 diabeteksen kehittyminen

Solut saavat energian glukoosista eli verensokerista. Insuliinihormonin avulla glukoosi pääsee solun sisälle ja palaa hiilidioksidiksi ja vedeksi tuottaen energiaa solujen käyttöön. Diabeteksessa glukoosi ei pääse solujen sisälle ja solut eivät saa riittävästi energiaa, mikä johtuu insuliinin puutteesta tai sen tehottomuudesta. (Alahuhta & Seppänen 2007, 10.)

Veren glukoosipitoisuuden säätelyyn osallistuu maksa ja haima. Haiman Langerhansin saarekkeiden beetasolut tuottavat insuliinia ja alfasolut tuottavat glukagonia. Haimasta erittyvä

glukagoni varastoituu maksaan, jossa se muutetaan glukoosiksi. Haiman erittämä insuliinihormoni säätelee vereen siirtyvän glukoosin tuotantoa. Kun insuliinin määrä nousee maksassa, glukagonin muuttuminen glukoosiksi vähenee. Insuliinin erittymisen väheneminen taas kasvattaa maksan glukoosin tuotantoa ja näin nostaa verensokeria. Tämä normaali glukoosin- eli verensokerin säätely ei toimi diabeteksessa. (Alahuhta ym. 2007, 11-12.)

Tyypin 2 diabetes kehittyy hitaasti ja sairaus on usein pitkään oireeton tai vähäoireinen. Sairastumista edeltää esivaihe, johon liittyy yleensä metabolinen oireyhtymä ja sokeriaineenvaihdunnanhäiriö, heikentynyt sokerinsieto tai kohonnut veren paastoglukoosiarvo. Normaalista korkeampaa sokerihemoglobiiniarvoa pidetään nykyään myös diabetesta ennakoivana häiriönä. Alkuvaiheessa insuliinin vaikutus kudoksissa heikkenee (insuliiniresistenssi) ja tämän seurauksena haiman insuliinin erityksessä lisäntyy. Sokeriaineenvaihdunta on tässä vaiheessa normaali. Sairauden edetessä insuliinin erityksen esivaihe häiriintyy ja verensokeriarvo nousee aterian jälkeen (heikentynyt sokerinsieto). Maksa alkaa tuottaa liikaa sokeria, kun haima ei enää pysty kasvattamaan insuliinin tuotantoa. Tällöin verensokeri nousee myös paastovaiheessa yli normaalitason. Tyypin 2 diabeteksessa insuliiniresistenssi jatkuu, vaikka haiman kyky tuottaa insuliinia heikkenee tai loppuu kokonaan. Osalle 2 tyypin diabeetikoista insuliiniresistenssillä ei ole niin suurta merkitystä, koska heillä pääsyyntä ovat riittämätön insuliinin erityksessä ja sen taustalla perinnölliset tekijät. Lisäsairauksia alkaa kehittyä jo heikentyneen sokerinsiedon vaiheessa sydän- ja verisuonivaurioina. Diabetes todetaan usein vasta lisäsairauksien yhteydessä. Hiusuonivauriot silmänpohja- ja munuaismuutoksina kehittyvät vasta verensokeripitoisuuden ollessa jatkuvasti yli normaalitason. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 18, 19, 25.)

3.2 Tyypin 2 diabeteksen lisäsairaudet

Riittämättömästi hoidettuna tyypin 2 diabetes aiheuttaa vaurioita hiusverisuonissa eli kapillaareissa. Silmänpohjamuutoksia kutsutaan retinopatiaksi, munuaismuutoksia nefropatiaksi ja hermojen muutoksia neuropatiaksi. Muutokset ovat tyypillisiä kaikille diabetes tyypeille ja liittyvät pitkäaikaiseen vuosia jatkuvaan korkeaan verensokeritasoon. Muutoksia voidaan estää, tai kehittyneiden muutosten etenemistä hidastaa, pitämällä verensokeri hyvällä tasolla. Hyvä verensokerin taso on pääsääntöisesti alle 7 mmol/l aamulla sekä ennen aterioita, ja alle 10 mmol/l aterioiden jälkeen. Näin pitkäaikainen sokeritasapaino eli sokerihemoglobiini, HbA1c, pysyy alle 53 mmol/mol:n (7,0 %). (Ilanne-Parikka, 2016.)

3.2.1 Retinopatia

Diabetekseen liittyvän retinopatian eli silmän verkkokalvosairauden lievin muoto on taustaretinopatia. Vaikeampia muotoja retinopatiasta ovat makulopatia, preproliferatiivinen retinopatia ja proliferatiivinen retinopatia. Tyypin 2 diabetesta sairastavilla 20-30 prosentilla voi ilmaantua taustaretinopatia muutoksia jo sairauden toteamisvaiheessa. Muutokset voivat olla lieviä, eivätkä vielä uhkaa näköä. Muutokset kertovat diabeteksen vaikutuksesta silmiin, jolloin sairauden hoitoon ja silmien seurantaan tulee kiinnittää huomiota. Jos diabetes on ollut piilevänä vuosia, taustaretinopatia muutokset voivat olla näköä heikentäviä. Muutokset ovat aina merkki siitä, että sokeritasapainoa tulisi parantaa. Kun sokeriarvot korjaantuvat, niin lievät taustaretinopatiamuutokset voivat korjautua. Jos sokeritaso pysyy korkeana, voi kehittyä hankalampia silmänpohjamuutoksia, kuten makulopatia. Makulopatia aiheuttaa turvotusta ihmisen tarkannäön alueella ja sitä esiintyy erityisesti tyypin 2 diabetesta sairastavilla. Harmaakaihi on yleinen yli 65-vuotiailla tyypin 2 diabetesta sairastavilla henkilöillä. Harmaakaihilla tarkoitetaan tilaa, jossa silmän mykiö samenee eikä läpäise valoa normaalisti. Silmän värikalvontulehdus eli iriitti, on myös yksi diabetekseen liittyvä yleissairaus. Iritin oireita ovat silmän punoitus, kipu, valonarkuus ja näön heikkeneminen. Joskus iriitti voi olla diabeteksen ensioire. (Rönnemaa & Summanen 2016.)

3.2.2 Neuropatia

Diabetes voi vaurioittaa kaikkia ääreishermoja kehon eri osissa ja voi vaikuttaa myös selkäyttimeen. Tyypin 2 diabeetikoista noin 20 prosentilla on havaittavissa neuropatia jo diabeteksen toteamishetkellä, jos sairaus on ollut pitkään oireettomana ja ilman hoitoa. Kun tyypin 2 diabetes on kestänyt kymmenen vuotta, somaattista neuropatiaa on noin 40 prosentilla ja autonomista neuropatiaa noin 65 prosentilla. Autonominen neuropatia vaikuttaa esimerkiksi suoliston toiminnan, sydämen sykkeen ja verenpaineen säätelyyn, sekä miehillä siittimen jäykistymiseen. Somaattinen neuropatia vioittaa joko tuntohermoja, jotka viestittävät esimerkiksi kipuaistimuksia aivoihin, tai liikehermoja, jotka tuovat aivoista käskyjä lihaksille. Somaattinen neuropatia esiintyy tavallisesti useissa kehon osissa, samanlaisena sekä vasemmalla että oikealla puolella. Yleisemmin se ilmenee alaraajoissa (Rönnemaa, 2016.)

Diabeetikolla on suurentunut vaara jalkahaavoihin ja ilmaantumisen vaaraa lisäävät neuropatian seurauksena kehittynyt suojatunnon puutos, diabeteksen pitkä kesto, näkövammaisuus, nefropatia, iskemia, asentovirheet, huono glukoositasapaino, miessukupuoli ja tupakointi. Diabeetikon jalkahaavan synnyssä ääreishermoston neuropatialla on keskeinen merkitys. Neu-

ropatia johtaa jalan tuntohäiriöihin ja asentovirheisiin, joihin liittyy usein poikkeava kävelytyyli. Lisäksi autonominen neuropatia johtaa ihon kuivumiseen ja halkeamiin. (Käypä hoito.2009.)

3.2.3 Nefropatia

Munuaismuutosten varhaista vaihetta kutsutaan mikroalbuminuriaksi, jolloin virtsaan erittyy verenkierrosta normaalia enemmän albumiini-valkuaista. Seuraavassa vaiheessa puhutaan varsinaisesta munuaissairaudesta eli nefropatiasta. Nefropatia ilmenee proteinuriana eli tilana, jossa virtsaan erittyy jo runsaammin valkuaisaineita verestä. Myöhemmässä vaiheessa munuaisten kyky puhdistaa verta kuona-aineista alkaa heiketä tai loppuu kokonaan. Munuaisten vajaatoiminnassa syntyy uremia eli virtsamyrkytys, jonka oireina on muun muassa anemia, ruokahaluttomuus, pahoinvointi, oksentelu, väsymys ja verenpaineen kohoaminen. Diabetes-ta sairastavilla esiintyy lisäksi enemmän virtsarakon ja munuaisaltaan bakteeritulehduksia, jotka täytyy hoitaa huolellisesti. (Rönnemaa 2016.)

3.2.4 Sydän- ja verisuonisairaudet

Tyypin 2 diabeteksen tärkein lisäsairaus on lisääntynyt sydän- ja verisuonitautisairastavuus ja -kuolleisuus. Riski lisääntyy jo ennen kuin verensokeri kohoaa diabeettisiin arvoihin. Jo lievästi koholla olevat sokeriarvot, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt yhdessä, vaikuttavat valtimoihin ja näin myös sydämen, aivojen ja jalkojen verenkiertoon haitallisesti. (Ilanne-Parikka,P. 2016). Alaraajan tukkiva ääreisvaltimotauti voi johtaa alaraajan iskeemiseen haavaan tai aiheuttaa rajaan kuolion, tyypillisimmin varvaskuolion. Haava tai kuolio on diabeetikolla tavallisin infektioportti. Infektio huonontaa haavan paranemista erityisesti iskeemisessä jalassa (Käypä hoito, 2009: Diabeetikon jalkaongelmat.)

Tyypin 2 diabetesta sairastavista useammalla kuin joka toisella on koholla oleva verenpaine. Tämä johtuu useimmiten sairastuneiden ylipainosta ja heistä valtaosalla on insuliiniresistenssi, johon kuuluu keskeisenä piirteenä kohonnut verenpaine. Osalla syynä saattaa olla munuaisten valtimoverenkierron heikkeneminen, minkä seurauksena munuaiset erittävät verenkiertoon reniiniä, joka nostaa verenpainetta. (Rönnemaa 2016.)

Tyypin 2 diabeetikoilla veren hyytymistaipumus on lisääntynyt. Syynä tähän ovat hyytymistekijöiden pitoisuuden lisääntyminen veressä, verihiutaleiden tarttuminen valtimon seinämiin sekä verihiutaleiden kiinnittyminen toisiinsa ovat suurentuneet. Verihiutaleiden liiallinen aktiivisuus voi käynnistää valtimotukoksen ja siten esimerkiksi sydäninfarktin. Hyytymistaipumusta lisäävä tekijä on myös elimistön heikentynyt kyky liuottaa alkavia hyytymiä. (Rönnemaa 2016.)

Diabeetikolla esiintyy aivoverenkierron häiriöitä 2-3 kertaa enemmän kuin muilla. Syynä on osittain diabetekseen liittyvä korkeampi verenpaine ja veren rasva-arvot sekä veren liiallinen hyytymistaipumus. Lisääntynyt aivoverenkiertohäiriöriski johtuu tuntemattomista, sinänsä diabetekseen liittyvistä tekijöistä. Erityisen suuri riski on henkilöillä, joille on kehittynyt vaikea nefropatia tai joilla on hyvin korkea verenpaine. (Rönnemaa 2016.)

3.3 Hoito ja hoidon toteutus

Tyypin 2 diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa. Diabeteksen hoidon tavoitteena on potilaan jokapäiväinen hyvinvointi ja sairauden oireettomuus. Hoidossa on tärkeää suunnata katse potilaan tulevaisuuteen. Huonosti hoidettuna diabetes voi lyhentää elinikää 10-15 vuotta ja sairaudesta aiheutuvat lisäsairaudet heikentävät huomattavasti elämänlaatua ja oma-toimisena pärjäämistä. Hyvällä hoitotasapainolla nämä uhkat ovat ehkäistävissä. Tämä vaatii diabetesta sairastavalta aktiivista pyrkimystä ja sitoutumista itsensä hoitoon. Aikaisempia elintapoja, liikunta- ja ruokailutottumuksia muuttamalla sekä suunnitellun lääkehoidon toteutuksella, diabeetikko edistää itse hyvän hoidon toteutumista. Omahoitoon lisäksi tarvitaan määrääkässeurantaa, tarkastuksia ja tutkimuksia vastaanotolla. Diabeetikon tietoisuus oman sairauden tilasta ja vaikutuksesta elämään sekä mahdollisten ongelmien selvittely on osa diabeetikon kokonaisuhoitoa. Toimiva yhteistyö diabeetikon, lääkärin ja diabeteshoitajan kanssa on tärkeää. Diabeetikko on oman hoitonsa arkipäivän asiantuntija ja hänellä on oikeus tehdä hoitoonsa liittyviä valintoja, mutta samalla hänellä on myös vastuu tekemistään valinnoista. Lääkäri ja hoitaja tuntevat hoitamisen perusteet ja vaihtoehdot. Heillä on velvollisuus ja vastuu huolehtia siitä, että diabeetikolla on riittävästi tietoa ja taitoa, joiden perusteella hän tekee ratkaisuja ja valintoja. Aiemmin diabeteksen kanssa elämiseen liittyi paljon kieltoja ja rajoituksia, joista pyritään pääsemään nykyään eroon. Nykyaikainen hoito sovitetaan mahdollisimman joustavasti jokaisen omaan elämänrytmiin ja -tapoihin. (Himanen, 2016; Ilanne-Parikka, 2016.)

Diabeetikon päivittäiseen omahoitoon kuuluu lääkityksestä huolehtiminen, ruuan annostelu, terveyttä edistävät elämäntavat ja sairauden omaseuranta (verensokeri, verenpaine, paino,

jalat ja suu). Terveysthuollon vastuulla on hoidon ohjaus ja -neuvonta, hoitovälineet, lääketieteellinen hoito ja sen arviointi, määrääkaistutkimukset ja seurantakäynnit yksilöllisen tarpeen mukaan. (Himanen, 2016.)

Diabeteksen seuranta tarkoittaa, että sokeritasapainosta, verenpaineesta, painosta ja arjen jaksamiseen vaikuttavista tekijöistä huolehditaan ja niitä seurataan omahoidossa ja vastaanottokäynneillä. Vuosikontrollissa tarkastellaan potilaan kokonaistilannetta ja hyvinvointia. Kontrolleissa seurataan mittauksilla ja haastattelulla painoa, sokeritasapainoa (sen omamittauksien tuloksia ja luotettavuutta), verenpainetta, lääk- ja insuliinihoitoa (pistospaikat, mahalaukun sokeriarvot, ongelmat lääkähoidossa) ja elämäntapoja (ravitus, liikunta, alkoholin käyttö, tupakointi, mieliala, seksuaalisuus). Käynneillä seurataan elinmuutoksia ja mahdollisten lisäsairauksien kehittymistä. Nämä toteutetaan mittaamalla laboratoriokokein rasvatarvot ja muiden sairauksien mahdollisuus, sekä tekemällä sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvät tutkimukset. Potilaan jalat tutkitaan ja näkökyky arvioidaan. Potilasta ohjataan hoidon ohjauksessa ja hänen toimintakykyään arvioidaan ajokyvyn suhteen. Käynnillä päivitetään myös potilaan lääkelista. Tutkimusten tarve ja tiheys harkitaan aina yksilöllisesti. Tutkimustulokset ja sovitut toimenpiteet merkitään myös potilaan omaseurantavihkoon tai diabeteskorttiin. (Ilanne-Parikka, 2016.)

3.3.1 Verensokerin seuranta

Verensokerin mittaaminen tapahtuu joko kokoverestä tai plasmasta. Plasman glukoosipitoisuus on elimistön kannalta tärkeämpi. Suomessa kaikki verensokerimittarit sekä laboratoriot antavat verensokeriarvot plasman glukoosina. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 85.)

Verensokerin seurannan tarve riippuu diabeteksen tyypistä, hoitomuodosta, hoidon tavoitteista ja ajankohtaisesta tilanteesta. Lisäksi tarpeeseen vaikuttaa sokeritasapaino. Tyypin 1 diabeetikolla mittaus on keskeisen tärkeää ja mittaustarve on suurempi kuin tyypin 2 diabeetikolla. Kaikille diabeetikoille suositellaan verensokerin mittaamista. Omaseurannassa kiinnitetään kuitenkin huomiota mittausten yksilöllisyyteen ja tulosten hyödyntämiseen. Verensokerin seuranta on ensisijainen diabeetikon työkalu, jonka avulla hän voi itse seurata sokeritasapainoaan ja hyödyntää tätä tietoa hoidossaan. Verensokerin mittaus ei ole ikinä turhaa, jos se helpottaa elämistä diabeteksen kanssa ja sen hoitoa. Se ei myöskään ole turhaa, jos mittausten antaman tiedon mukaisesti toimitaan. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 85.)

Omaseurannan tiheys ja tarve sovitaan lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Yksilöllinen tarve sovitaan esimerkiksi kerran vuodessa ja se kirjataan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelma liitetään potilasasiakirjoihin. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 86.)

Verensokeria mitataan insuliinihoidon aloituksen ja hoitomuutosten yhteydessä useammin. Hoidon perusrungon ja hoitotason ollessa kohdallaan, harvempi mittaaminen riittää. Verensokerin perusseurannalla halutaan saada järjestelmällistä tietoa sokeritasapainosta. Mittaustulosten perusteella voidaan arvioida hoidon sopivuutta ja tehoa suhteutettuna liikunnalliseen aktiivisuuteen ja ruokavalioon. Tarvittaessa ja tilanteen mukaan voidaan tehdä mittauksia silloin, kun halutaan tietää mitä verensokeri on juuri nyt esimerkiksi ennen liikuntasuoritusta. Tihennettyä verensokerin seurantaa tehdään silloin, kun halutaan korjata verensokeritasapainoa. Voidaan tarvita jopa 10 mittausta vuorokaudessa esimerkiksi kuumeisen tulehdustaudin yhteydessä. (Ilanne-Parikka ym. 2015, 86-87.)

Yleiset diabeetikon verensokerin tavoitearvot ovat:

- paastoverensokeri alle 7 mmol/l
- 2 tuntia aterian jälkeen alle 8-10 mmol/l (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Diabeetikon hypoglykemian eli liian alhaisen verensokerin syynä on yleensä insuliinin liian suuri vaikutus. Verensokeri on liian alhainen, kun veriplasman glukosiarvo on alle 4,0 mmol/l (millimoolia litrassa). Tyypin 2 diabeteksessa matalien verensokerin vaara on pienempi kuin tyypin 1 diabeteksessa. Liikunnankaan aikanaan sitä ei juurikaan esiinny ruokavaliohoidolla eikä useimpien suun kautta käytettävien lääkkeiden yhteydessä. Insuliinihoidon ja sulfonyyliurea-ryhmään kuuluvien tablettilääkkeiden ja liikunnan yhteisvaikutus voi johtaa mataliin verensokereihin. (Mustajoki, 2016.)

Insuliinisokki on tajuttomuustila, joka johtuu hyvin alhaisesta ja pitkään kestäneestä verensokerista. Tajuttomalle henkilölle ei tukehtumisvaaran vuoksi saa juottaa mitään. Välittömästi pitää huolehtia, että potilaan asento on turvallinen. Ensiapuna käytetään glukagonipistosta. Glukagoni on insuliinin vastavaikuttajahormoni, joka vapauttaa maksasta sokeria verenkiertoon. (Mustajoki, 2016.)

Insuliininpuutteessa rasvakudoksesta vapautuu rasvahappoja, joiden suuri määrä johtaa ketoosiin ja lopulta ketoasidoosiin. Hyperglykemian aste on useimmiten kuitenkin yli 15 mmol/l. Ketoasidoosin laukaissut tekijä pyritään aina selvittämään. Tekijänä voivat olla insuliinihoidon laiminlyönti, insuliinivalmisteen pilaantuminen, infektio tai muu akuutti sairaus tai kortisonihoito. (Käypä hoito-suositus, 2016.)

Hyperosmolaarinen hyperglykeeminen oireyhtymä (aikaisemmin nonketoottinen hyperosmolaarinen kooma NKHK) on krooniseen hyperglykemiaan liittyvä akuutti tilanne tyypin 2 diabeetikolla, joka johtuu kroonisen hyperglykemian aiheuttamasta kuivumisesta. Kuivuminen vaikeuttaa hyperglykemiaa ja johtaa kuivumiskierteeseen. Akuutissa tilanteessa plasman glukosipitoisuus on yli 20 mmol/l, saattaa olla jopa 100 mmol/l. Tila voi aiheuttaa monielinvaurion, jopa kuoleman. Tärkein hoito tilanteessa on potilaan runsas nesteytys ja hemodynamiikan seuranta. Tila voi olla tyypin 2 diabeteksen ensimmäinen oire. (Käypä hoito-suositus, 2016.)

3.3.2 Lääkehoidon pääpiirteitä

Tyypin 2 diabeteksen lääkehoidon neljä osatekijää ovat verensokerin hallinta, rasva-arvojen hoito, verenpaineen hoito ja verisuonitukosten esto. Osatekijöiden oikein toteutettu hoito on erinomainen suoja ja riskien hallinnan apuväline. Hoitoon voidaan liittää samanaikaisesti monia eri lääkevalmisteita. Diabeetikoille on määritelty tiukemmat hoidon tavoitetasot kuin muille sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden, että verenpaineen hoidossa. Nämä ovat yleisiä tavoitteita, joita voidaan yksilöllisesti tinkiä tai tiukentaa. (Niskanen, 2014.)

Tyypin 2 diabeteksen hoitoon liittyvät olennaisesti elämäntavat. Jos elämäntavat eivät pienennä riittävästi veren sokeripitoisuutta, tarvitaan tablettimuotoista lääkettä (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 379). Tyypin 2 diabeteksessa insuliinin tuotanto vähenee. Eteen voi tulla tilanne, jolloin insuliinin vaikutuksen heikkenemisen lisäksi sen erityis vähenee ja tablettimuotoisen lääkityksen teho ei ole enää riittävä. Silloin aloitetaan ihon alle pistettävä insuliinihoito. Diabetesta sairastavalle kuuluu olennaisesti verensokerin omaseuranta. Oikea ajankohta insuliinihoidon aloitukseen päätellään potilaan omaseurannan tuloksista. (Kallioniemi 2016.)

Aiheet aloittaa insuliinihoito:

- Jos diabeetikolla on tablettimuotoisesta lääkähoidosta huolimatta sokerihemoglobiini yli 53 mmol/mol.
- Jos paastoverensokeri on aamulla toistuvasti yli 6,5 mmol/l.
- Jos kohonnutta aterian jälkeistä verensokeria ei saada muilla toimenpiteillä tai lääkkeillä alenemaan.
- Hoitoa on tehostettava, jos verensokeri on toistuvasti yli 10 mmol/l. (Kallioniemi 2016.)

Insuliinihoidon avulla pyritään siihen, ettei aterioinnista aiheudu liiallista verensokerin nousua ja veren sokeripitoisuus palautuu lähes normaaliksi seuraavaan ateriointiin mennessä. Insuliini-

nihoito suunnitellaan jokaiselle yksilöllisesti huomioiden päivä- ja viikkorytmi, aterioinnit sekä liikunta. Insuliinihoidon toteuttamiseen on useita eri tapoja, joista lääkäri valitsee sopivimman. (Saano ym. 2015, 390-391.)

Diabeetikoilla LDL-kolesterolipitoisuuden tavoitearvo on yleisesti alle 2,5 mmol/l. Terveelliset elintavat ja tarvittaessa statiinilääkitys auttavat alentamaan kohonnutta kolesterolia. Statiinilääkitys aloitetaan yleensä heti, kun diabetes on todettu. Jos diabeetikolla on jo todettu sepelvaltimotauti, kolesterolipitoisuuden tavoite on alle 1,8 mmol/l. Statiinilääkitystä käytetään tässä tilanteessa kolesteroliarvoista riippumatta. (Käypä hoito-suositus, 2016.)

Verenpaineen hoitoon kiinnitetään diabeetikoilla huomiota jo alemmalla verenpainetasolla kuin ei diabeetikolla. Elintapoihin on aiheellista kiinnittää huomiota jo verenpaineen ylittäessä 120/80 mmHg:ssa. Diabeetikoiden verenpainetavoite on alle 140/80 mmHg. Hyvä verenpaineen hoitotasapaino on tärkeää pitkäaikaisen hyödyn kannalta. Verenpainetavoitteen saavuttaminen vaatii usein yhdistelmälääkitystä. Diabeetikon kohonnutta verenpainetta hoidetaan ja ennustetta parannetaan ACE:n estäjäillä, angiotensiinireseptorin estäjäillä, diureeteilla, beetasalpaajilla ja kalsiumkanavan salpaajilla. (Käypä hoito-suositus, 2016.)

Valtimosairauksien hoidon pääpaino on ehkäisyssä. Riskitekijöiden eli korkean verenpaineen ja suuren lipidipitoisuuden hoito on tupakoinnin lopettamisen ohella valtimosairauksien ehkäisyssä avainasemassa. ACE:n estäjien katsotaan hyödyttävän kaikkia yli 55-vuotiaita diabeetikoita, joilla on vähintään yksi muu riskitekijä. Asetyylisalisyylihappoa suositetaan kaikille diabeetikoille, joilla on todettu valtimosairaus, edellyttäen ettei ole mitään vasta-aiheita lääkkeen käytölle. (Käypä hoito-suositus, 2016.)

4 Potilaan omahoito

Potilaan omahoito tarkoittaa näyttöön perustuvaa hoitoa, joka on potilaan itsensä toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa yhdessä suunniteltua ja potilaan kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa. Potilaan autonomiaa, ongelmaratkaisu- ja päätöksentekokykyä painotetaan omahoidossa. Ammattihenkilö toimii valmentajana, tukee potilasta omahoidossa ja räätälöi potilaan kanssa yhdessä hänen elämäntilanteeseensa sopivan hoidon. Potilas ottaa itse vastuun omista ratkaisuistaan. Potilaan oman arjen asiantuntijuus korostuu ja potilas hyväksyy omat hoitopäätökset sekä ammattihenkilöiden kanssa räätälöidyt hoitoratkaisut. Tavoitteena on saavuttaa potilaalle paras mahdollinen elämänlaatu, pitkäaikaissairaudesta huolimatta (Pitkälä & Routasalo, 5-6). Omahoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja ei omaksuta hetkessä, vaan hoidon ja taitojen harjoittelu vie aikaa. Diabeteksen hoidossa tarvitaan pitkäjänteisyyttä ja aktiivista mukanaoloa, innostusta ja kokeilunhalua oman hoidon suunnittelussa, toteutuk-

sessä ja arvioinnissa. Valmiita ja jokaiselle sopivia ratkaisuja ei välttämättä ole olemassa. Ratkaisut löytyvät usein kokeilemalla ja kokeilujen tuloksia tutkimalla. (Himanen, 2016.)

Potilaan omahoitovalmiutta arvioidaan aina ammattihenkilön ollessa yhteydessä potilaaseen. Omahoitovalmiuteen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan motivaatio, tilannetieto, käsitys sairaudesta ja sen hoidosta, oireiden hoito ja mahdolliset lisäsairaudet. Potilaan terveysuskomuksilla, sosiaalisella tilanteella ja omaan pystyvyyteen luottamisella on vaikutus omahoitovalmiuteen. Ammattihenkilön avulla eri tekijöitä muotoillaan ja keskustellaan potilaan kanssa eri tekijöiden vaikutuksesta omahoitovalmiuteen. Potilaan autonomiaa, voimaantumista ja pystyvyyden tunnetta tuetaan, jotta potilas oppii ja kykenee käyttämään ongelmanratkaisuja ja päätöksentekotaitoja. (Pitkälä ym. 10-12.)

Stiina Parkkamäki (2013) teki väitöskirjan Helsingin yliopistolle, jossa hän tutki potilaan voimaantumisen merkitystä tyypin 2 diabeetikoiden omahoidossa apteekkihenkilöstön tukemana. Vastaavaa tutkimusta ei ole tehty terveydenhuollossa, mutta tutkimus antaa paljon tietoa perusterveydenhuoltoon potilaan voimaantumiseen pohjautuvasta omahoidosta ja sen tukemisesta. Parkkamäki toteaa, että diabeteksen omahoidon onnistunut toteuttaminen on haaste sekä diabeetikolle että terveydenhuollon ammattilaisille. (Parkkamäki 2013, 21.)

Tutkimus aloitettiin vuoden kestäneellä omahoitoa tukeva ohjelmalla Mäntyharjun Havuapteekissa vuonna 2007. Tavoitteena ohjelmassa oli kannustaa ja tukea tyypin 2 diabeetikkoja voimaantumaan sairautensa omahoitoon. Ohjelmaan kuului asiantuntijoiden vetämiä tietopitoista yleisötilaisuuksia, joissa käsiteltiin diabeteksen omahoidon ongelmakohtia. Ohjelmaan sisältyi myös vuoden mittainen diabeetikon omahoidon henkilökohtainen tukiohjelma, joka koostui diabeetikon ja farmaseutin kahdenkeskisestä tapaamisesta apteekissa. Tapaamisiin osallistuneita kehoitettiin käymään tietopitoisissa diabetesilloissa. Osallistuneet kävivät myös tavallisissa diabeteskontrolleissa diabeteshoitajan luona. Tukiohjelmasta tehdyn interventiotutkimuksen päätavoitteena oli selvittää toimintamallin vaikutuksia diabeteksen omahoitoon ja sen hoitotuloksiin.

Tutkimuksen tulosten mukaan tyypin 2 diabeetikot tarvitsevat lisää konkreettista, ymmärrettävää tietoa sairaudestaan, sen lääkehoidosta ja hoidon henkilökohtaisesta toteuttamisesta. Lääkehoidon ymmärtäminen edellyttää diabeteksen perustietojen hallintaa. Diabeetikolle sairauden ja lääkehoidon kiinteän suhteen sisäistäminen vaatii paljon farmaseutin ja terveydenhuollon ammattilaisten opastusta ja tukea. Tutkimus paljasti, että lääketietous ja lääkehoitojen ymmärtäminen ovat haastavaa tavalliselle diabeetikolle. Tutkimuksen mukaan lääkehoidosta täytyy muotoilla asiakkaalle oleelliset asiat asiakkaan kielellä niin, että hän ymmärtää ohjauksen: miksi hän käyttää kyseistä lääkettä ja miten se vaikuttaa hänessä. (Parkkamäki 2013, 128.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että keskusteleva, potilaskeskeinen syventyminen omahoitoon apteekissa tuki diabeetikon omahoitoon voimaantumista ja sitoutumista vaikuttavammin kuin perinteinen toiminta. Osa diabeetikoista oli motivoitunut kohentamaan sairautensa omahoitoa ja etenkin elämäntapoja. Saavutettujen elämäntapamuutosten säilyminen vaatii aikaa ja tukea. Tieto ja sen ymmärtäminen diabeteksesta sairautena ja samanaikainen apteekin pitkäaikainen henkilökohtainen tuki omahoidon parantamiseen, edistivät diabeteksen hoidon mittareiden tuloksia tehokkaammin kuin itsenäinen omahoidon tehostamisen yrittäminen. Vaikka tutkimus tehtiin apteekki ympäristössä, diabeetikkojen omahoitoon sitoutumisen tukeminen on mahdollista voimaantumiseen perustuvan ohjauksen avulla muissakin työympäristöissä. Tietoa voidaan hyödyntää terveydenhuollossa ja suomalaisten apteekkien toimintamuotojen ja lääkeneuvonnan kehittämisessä sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa. Tutkimuksessa käytettyä apteekin toimintamallia voidaan hyödyntää muiden pitkäaikaisten sairauksien omahoidon tukemisessa. Voimaantuminen oli erilaista eri henkilöillä, vaikka tapaamisissa käsiteltiin yksilökohtaisesti samoja omahoitoon vaikuttavia asioita. Jokaisen diabeetikon elämässä tapahtui jonkinlaista voimaantumista, vaikkakin eri tahdissa ja eri voimakkuudella. Tutkimuksen mukaan voidaan sanoa, että voimaantuminen heijastui sitoutumisena diabeteksen omahoitoon. (Parkkamäki 2013, 23, 137-141.)

4.1 Painonhallinta

Jos diabeetikko on ylipainoinen, painonhallinnan tulee olla olennainen osa hoitoa. Diabeetikolle painonhallinta voi olla haasteellista, ja ensisijainen keino siihen on elämäntapamuutos (Kyrö & Kumar 2010, 279). Painonhallinta on tyypin 2 diabeetikolla keskeisessä asemassa (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Painonhallinnan keskeisiä tekijöitä ovat fyysisen aktiivisuuden lisäksi syömisestä hallinta ja riittävä ravitsemus sekä vähäinen, mutta riittävä ruokavalion energiamäärä (Lihavuus: Käypä hoito-suositus, 2013). Painonhallinnalla tarkoitetaan sitä, että paino pysyy tasolla, jossa elimistön toiminta on mahdollisimman normaalia. Painonhallinnan avulla voidaan vaikuttaa positiivisesti verensokerin lisäksi veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen. Hyvä vaikutus terveyden kannalta voi olla jo pelkästään se, ettei paino nouse. Tällä tarkoitetaan sitä, että kuluttaa sen verran kuin syö. Tyypin 2 diabeetikolle on usein riittävää, jos paino putoaa 5-10 prosenttia (Laihduttaminen ja painonhallinta 2016.)

Vyötärön ympärys antaa usein paremman kuvan kokonaistilanteesta kuin paino. Jos miehen vyötärön ympärys on yli 94 cm ja naisella yli 80 cm, terveysriskit kasvavat. Mittanauhalla voi

seurata vyötärön ympärysmittaa. Vyötärön ympärysmittaa voi saada pienemmäksi liikuntaa lisäämällä. Painon määrittäminen tapahtuu painoindeksin eli BMI:n avulla. Painoindeksi lasketaan siten, että paino kilogrammoina jaetaan pituuden metrimäärien neliöllä. (Sopiva paino ja vyötärönmitta 2016.)

Painoindeksin perusteella voidaan päätellä, onko henkilön paino terveellinen:

- BMI 22-24,9 normaalipainoinen
- BMI 25-29,9 lievästi lihava
- BMI 30-34,9 merkittävästi lihava
- BMI 35-39,9 vaikeasti lihava
- BMI 40 sairaalloisesti lihava (Sopiva paino ja vyötärönmitta 2016.)

4.2 Ruokavalio

Diabeetikon kuuluu saada asiantuntevaa ravitsemusohjausta sekä sairauden diagnosointivaiheessa, että aina tarvittaessa. Ravitsemushoidolle asetetaan yksilölliset tavoitteet. Tavoitteiden laadinnassa huomioidaan ikä, aiemmat ruokailutottumukset, muut sairaudet ja psykososiaalinen tilanne. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Diabeetikoille suositeltu ruokavalio on pääsääntöisesti samanlainen kuin muullakin väestöllä. Ruokavalio koostuu runsaasta määrästä täysjyväviljaa, vihanneksia, palkokasveja, hedelmiä ja marjoja. Diabeetikon ruokavaliossa tulisi olla vähäinen määrä suolaa, sokeria ja valkoista viljaa. Kovia rasvoja tulisi välttää ja pehmeän rasvan käyttöä suositellaan kohtuullisesti. Ateriaritmin tulisi olla melko säännöllinen. Se helpottaa diabeetikon hoidon toteutusta, kun ateriat ajoitetaan ja niitä syödään suurin piirtein samalla tavalla päivittäin. Erityisesti insuliinihoitoa suunniteltaessa on tärkeää keskittyä diabeetikon ateria- ja päivärytmiin. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Diabeetikon tulisi suhteuttaa energiansaanti kulutukseen. Jos aterian kokoa lautasmallin mukaan, se helpottaa sopivan ruokamäärän arviointia (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016). Lautasmallissa puolet lautasesta on kasviksia ja neljäsosa perunaa. Perunan tilalla voi myös olla riisiä, pastaa tai muita viljavalmisteita. Neljäsosa lautasesta on kalalle, lihalle tai munalle. Niiden sijaan voi syödä palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä sisältäviä kasvisruokia. Ruokajuomana nautitaan vettä, rasvatonta maitoa tai piimää. Ateriakokonaisuuteen kuuluu täysjyväleipä, jonka päälle tulee kasvirasvaveitettä. Jälkiruokana voi syödä marjoja tai hedelmiä. (Lautasmallin avulla syöt oikein 2016.)

Diabeetikon proteiinin pitoisuus kokonaisenergian saannista tulisi olla noin viidennes. Päivittäin se tarkoittaa noin 100 grammaa proteiinia. Lihavalmisteita ja punaista lihaa tulisi nauttia enintään 500 g viikossa. Kala, palkokasvit ja vähärasvaiset maitovalmisteet ovat hyviä proteiinin lähteitä. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Kokonaisenergian saannista olisi hyvä olla noin kolmasosa rasvaa. Rasvasta kaksi kolmasosaa olisi hyvä olla pehmeää ja enintään yksi kolmasosa kovaa. Ruokavaliossa ei kuitenkaan pyritä erityisen vähärasvaiseen ruokavalioon, koska silloin pehmeän rasvan saanti jää liian vähäiseksi. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Diabeetikon ruokavalion kokonaisenergian saannista noin puolet tulisi olla hiilihydraatteja. Hiilihydraatteja olisi hyvä saada pääsääntöisesti kuitupitoisista esimerkiksi täysjyvävalmisteista, vihanneksista, kasviksista, hedelmistä ja marjoista. Sokeria tulisi nauttia enintään 50 g vuorokaudessa. Jos diabeetikon glukoositasapaino on huono tai hänellä on ylipainoa, sokeripitoisia elintarvikkeita tulisi käyttää vielä vähemmän. (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Diabeetikon ruokavaliota voi toteuttaa Välimeren ruokavalion avulla. Välimeren ruokavalio sisältää kalaa, oliiviöljyä, runsaasti vihanneksia, palkokasveja ja hedelmiä, täysjyvävalmisteita ja pähkinöitä. Välimeren ruokavalioon kuuluu vähäinen määrä lihaa, sokeria sekä valkoisia viljoja. Suomalaisessa ruokakulttuurissa voidaan soveltaa Välimeren ruokavaliota käyttämällä Itämeren ruokavaliota. Itämeren ruokavalio sisältää kalaa, rypsiöljyä, kasviksia ja ruisleipää (Diabetes: Käypä hoito-suositus, 2016). Noora Kanervan (2014) tutkimuksen mukaan Itämeren ruokavalio ei merkityksellisesti vaikuttanut tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden seurannassa. Se ei vaikuta verensokerin paastoarvoihin ilman painon vähenemistä, mutta se parantaa verensokeriarvoja kaksi tuntia aterian jälkeen. Itämeren ruokavalio kuitenkin on hyvä vaihtoehto edistämään kokonaisterveyttä. Sen avulla saadaan hyvin rakennettua terveellinen ruokavalio. Lisäksi sen avulla voidaan vähentää keskivartalolihavuutta. (Kanerva 2014, 80-81, 89.)

4.3 Liikunta

Liikunnan avulla parannetaan kuntoa, lisätään mielihyvää ja kulutetaan energiaa. Diabeetikolle liikuntaa suositellaan samalla tavalla kuin muulle väestölle. Painonhallinnan kannalta tärkeää on liikkua pitkäkestoisesti ja kohtalaisen rasittavasti (Käypä hoito-työryhmä Diabetes 2016). Tyypin 2 diabeteksen hoidossa liikunnasta on erittäin paljon hyötyä: sokeriaineenvaihdunta tehostuu, veren rasva-arvot paranevat, veren hyytymisriski pienenee ja verenpaine alenee. Lisäksi liikunta auttaa diabeetikkoa painonhallinnassa. Vaikka liikunta ei laihduttaisi,

sillä on positiivisia vaikutuksia kehon koostumukseen. Liikunnan ansiosta lihasmassaa tulee lisää ja kehon rasvamäärä pienenee. Nämä muutokset kehossa tehostavat sokeriaineenvaihduntaa ja parantavat insuliiniherkkyyttä. (Liikunta 2016.)

Liikunnan kuormittavuudella tarkoitetaan sitä, miten lihastoiminta aiheuttaa elimistön eri osiin kuormitusta. Se vaihtelee yksilöllisesti fyysisen suorituskyvyn mukaan. Liikunnan rasittavuudella tarkoitetaan henkilön subjektiivista kokemusta kuormituksesta, jota liikunta aiheuttaa. Aikuiselle suositellaan vähimmäismääräksi kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa ainakin 150 minuuttia joka viikko tai raskasta liikuntaa 75 minuuttia joka viikko. Koko määrää ei tarvitse liikkua kerrallaan vaan ne voi jakaa useampaan kertaan. Kuitenkin yhden jakson vähimmäisajan tulee olla 10 minuuttia. Kahtena päivänä viikossa tulisi lisäksi olla kohtuukuormitteista lihasvoima ja -kestävyyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa. 65 vuotta täyttäneille suositellaan näiden lisäksi liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää sekä kehittävää liikuntaa. (Liikunta: Käypä hoito-suositus, 2016.)

Diabeetikolle tulee antaa ohjausta glukoositasapainon hallintaan liikunnan yhteydessä. Kevyellä liikunnalla voidaan laskea glukoosia tehokkaasti, ja sitä voi käyttää hoidon tukena. Rajulla liikunnalla nostetaan glukoosia 2-4 tunnin aikana ja se saattaa altistaa hypoglykemialle 6-8 tunnin kuluttua. Tärkeää on seurata tiheästi plasman glukoosia ennen ja jälkeen liikuntasuorituksen. Siten oppii myös itselle oikeat hoitokeinot. (Käypä hoito-työryhmä Diabetes 2016.)

Jos diabeetikon liikuntamäärät lisääntyvät, plasman glukoosia laskevan lääkityksen annokset tulee usein myös laskea. Potilaalla on liian suuri lääkeannos silloin, jos liikunnan aikana esiintyy huonovointisuutta sekä suurta tankkaustarvetta. Ne voivat esiintyä yhdessä tai erikseen. Liikunnan määrä tulee huomioida ateriainsuliinin annostelussa. Jos liikuntasuoritus on samaan aikaan kuin ateriainsuliinin vaikutusaika on, liikuntaa edeltävää annosta vähennetään. Jos kyseessä on pitkäkestoinen liikuntasuoritus, ateriainsuliiniannokset ovat pieniä. Ne pystytään myös usein jättämään kokonaan pois. Liikunnan aikana kuitenkin tarvitaan hiilihydraatteja 20-40 g/tunti lisäenergiana. Perusinsuliiniannokseen liikunta vaikuttaa siten, että sitä on vähennettävä 10-20 prosenttia. Voimakas ja pitkäkestoinen liikuntasuoritus saattaa vaikuttaa veren sokeriin vasta seuraavana yönä. Suun kautta otettavien lääkkeiden annoksia voidaan myös joutua laskemaan. (Käypä hoito-työryhmä Diabetes 2016.)

4.4 Alkoholi

Diabeetikon alkoholin käytön suhteen pätevät samat suositukset, kuin muullekin väestölle eli miesten päivittäinen alkoholinkäyttö ei saisi ylittää kahta annosta ja naisten yhtä annosta.

Yksi annos sisältää noin 14 grammaa alkoholia ja vastaa 12 cl viiniä, yhtä 0,33 litran pulloa olutta tai siideriä tai 4 cl väkevää alkoholia. Diabeetikot, joilla on ollut haimatulehduksia, vaikea hermovaurio, suuri veren rasvapitoisuus tai alkoholiriippuvuus, eivät saisi käyttää alkoholia lainkaan. Riskikäytön rajat ovat kerralla juotuina miehillä 7 ravintola-annosta ja naisilla 5 ravintola-annosta. Riskikäytön raja ylittyy myös, jos miehen viikoittainen ravintola-annosmäärä on yli 24 annosta ja naisen yli 16 ravintola-annosta. (Ilanne-Parikka 2016, 51.)

Humalatila voi johtaa hypoglykemian syntymiseen ja estää tilan tunnistamista sekä hoitamista. Diabeetikon on tärkeää huolehtia riittävästä syömisestä alkoholin käytön yhteydessä, jotta verensokeritaso pysyy hyvänä. Alkoholi estää sokerin uudismuodostuksen maksassa ja sen käyttöä lihaksissa. Tyypin 2 diabeteksessa alkoholin käytön yhteydessä hypoglykemia uhkaa silloin, kun käytetään insuliinia tai sulfonyyliurea-ryhmään kuuluvia tabletteja. On tärkeää, että käytetään lääkkeitä normaalisti, mutta huolehditaan kunnollisesta ruokailusta. Jos aamusta ruoka ei maita, jätetään lääketabletit nauttimatta. (Mustajoki 2016.)

Yhden alkoholiannoksen alkoholimäärä sisältää noin 100 kilokaloria. Oluessa ja likööreissä on lisäksi hiilihydraatteja, jotka lisäävät kaloreita. Kolmesta annoksesta olutta päivässä saa 400 ylimääräistä kilokaloria. Runsas alkoholin käyttö voi kartuttaa painoa ja johtaa metaboliseen oireyhtymään, johon kuuluu keskivartalolihavuus, korkea verenpaine, kohonnut verensokeri ja korkeat rasva-arvot. Tämän vahvistaa Suomen Akatemian rahoittama lihavuustutkimus, jonka mukaan eniten suomalaisia lihottaa juuri alkoholi. (Hyvärinen 2011.)

Insuliinia käyttävien omahoidossa on tärkeää muistaa alhaisen verensokerin estäminen syömällä hiilihydraattipitoista ruokaa alkoholin käytön yhteydessä. Oluen tai liköörin sisältämää hiilihydraattia ei lasketa mukaan arvioitaessa insuliinin tarvetta. Käytön jälkeen nautitaan kunnollinen ylimääräinen välipala (etenkin jos juomisen ohella on esimerkiksi tanssinut) ja muistetaan ettei ylimääräisen välipalan yhteydessä oteta lisäinsuliinia. Verensokeri mitataan ennen nukkumaanmenoa, jos tulos on alle 10 mmol/l, nautitaan lisää hiilihydraattia, jottei verensokeri laske yöllä liian alhaiseksi. Verensokeri mitataan seuraavana aamuna, sillä alkoholin jälkeinen alhainen verensokeri ilmaantuu usein aamuyöllä tai aamulla. Jos verensokeri on alle 5 mmol/l, lisätään aamupalan hiilihydraattimäärää tai vähennetään aamupalan ateriainsuliinia. (Mustajoki 2016.)

4.5 Tupakointi

Tupakointi voi lisätä diabeetikon riskiä sairastua lisäsairauksiin. Tupakan nikotiini voi edistää sydän- ja verisuonisairauksien kehittymistä, koska nikotiini kiihdyttää sydämen sykettä ja nos-

taa verenpainetta. Tupakointi supistaa verisuonia, joten verisuonten kalkkeutuminen lisääntyy. Verisuonten supistuminen edistää verisuonivaurioiden syntymistä munuaisissa ja kasvattaa riskiä silmänpohjamuutoksiin, jalkahaavaumiin ja ääreishermoveurioihin. Tupakointi hankaloittaa haavan paranemista ja lisää infektioriskiä haavoissa. Suussa tupakointi aiheuttaa helposti ientulehduksia ja tulehdus kohottaa taasen verensokeritasoa. Verenkiertohäiriöiden ja halvausten riski kasvaa, koska tupakan savun ainesosat voivat edistää verihiutaleiden takerumista toisiinsa. (Ilanne-Parikka 2016, 53-54.)

Tupakoinnin lopettamisessa jokaisen oma päätös on ratkaisevaa. Tiedot riskeistä ja tupakoinnin omakohtaisista vaikutuksista ja kokemuksista, auttavat tupakoijaa päätöksenteossa. Tupakan aiheuttama riippuvuus tekee lopettamisen toisille vaikeaksi. Riippuvuutta voidaan arvioida esimerkiksi Fagerströmin testillä, jonka perusteella voidaan arvioida nikotiinikorvaushoidon tarvetta ja toteuttamistapoja. Lopettamista tukemaan voidaan suositella myös vieroitusryhmiä, itsesuggestiota, hypnoosia ja akupunktiota. (Ilanne-Parikka 2016, 54-55.)

4.6 Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma

Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma, DEKHO, toteutettiin vuosina 2000-2010 Suomen Diabetesliiton toimesta. Ohjelma hyväksyttiin Suomen kansalliseksi diabetesohjelmaksi. Dehkon tärkeitä sidosryhmiä olivat sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kansaneläkelaitos, Kuntaliitto ja muut järjestöt. Tavoitteena ohjelmassa oli kehittää tyypin 2 diabeteksen järjestelmällistä ehkäisyä, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämistä sekä diabeetikon omahoidon tukemista. Diabetesta sairastavien määrä oli kasvussa ja diabeteksen hoitotulokset eivät saavuttaneet tavoitteita. Hoitojärjestelmä ei pystynyt kaikilta osin vastaamaan ehkäisytoiminnan ja hoidon laadun haasteisiin. Dehkon tavoitteita tarkistettiin ohjelman edetessä ja ohjelmaa myös arvioitiin säännöllisesti. (Bierganns 2011, 8.)

Dehko-ohjelman avulla pyrittiin muun muassa vahvistamaan diabeetikon mahdollisuuksia vaikuttaa omaan hoitoonsa ja hoidon onnistumiseen. Kaikkien tyypin 2 diabeetikoiden tuli saada riittävä hoidonohjaus. Laatuajattelulla hoidonohjausprosessissa tarkoitettiin suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta, jotta vuorovaikutussuhde asiakkaan ja ammattilaisen välillä olisi tasavertainen sekä asiakaslähtöinen. Ammattilaisen osallistuminen hoidonohjausprosessissa tuli olla aktiivinen, omaa työtä kehittävä ja arvioiva. Hoidonohjauksen kehittämisen keinoiksi nähtiin koulutus, yhteistyö, kokemusten vaihto ja tutkimustiedon hyödyntäminen. (Bierganns 2011, 13.)

Dehkon määrärahoilla tuetussa hankkeessa kehitettiin vuonna 2006 Diabetesosaamiskartta. Diabetesosaamiskartta on perus- ja työterveyshuollon työntekijöiden diabetekseen liittyvän osaamisen arvioinnin ja kehittämisen väline. Terveysthuoltoalan ammattilaiset voivat itse näisesti täyttää diabetesosaamisprofiilinsa ja saada vinkkejä täydennyskoulututusta vaativiin osa-alueisiin. Diabetesosaaminen on koko työtiimin osaamista. (Bierganns 2011, 30-33.)

Dehko-ohjelma tuotti laatu järjestelmien rakentamisessa diabeteksen hoidon laatu kriteerit. Laatu kriteerien avulla seurattiin ja arvioitiin hoidon laatu ja ne kertoivat, millaista diabeteksen hoidon laatu haluttiin tavoitella. Laatu kriteerit päivitettiin Dehko-ohjelman loppuvaiheessa siten, että huomioitiin uusimmat hoitosuosituks. Dehko kampanjoi viimeisenä toimintavuotenaan korostamalla terveydenhuoltohenkilöstölle lisäsairauksien tunnistamista. Diabeteksen hoidossa korostuu erityisesti pitkäaikaissairautta sairastavan kokonaishoidon hallinta. Laatumittausten avulla havaittiin diabeetikoiden hoidon laadun kehittyneen Dehko-ohjelman aikana. (Bierganns, 33-38.)

Diabeetikon omahoidon tukemisella oli keskeinen merkitys kansallisen diabetesohjelmassa. Dehko ohjelma tuotti omahoidon tukimateriaalia, ryhmäohjausmalleja, opasmateriaalia ja diabeetikoille tarkoitettuja omahoidon työkaluja. Diabeetikon henkilökohtaista hoitoa ja kuntoutusta tukevia julkaisuja toteutettiin opasmuodossa. Hoidonohjauksen osaamista tuettiin osaamisen kehittämisen avulla ja tuomalla laatu ohjaavat kriteerit hoidonohjaukseen. Diabeteksen kokonaishoidon osaksi nostettiin myös diabeetikon elämänlaadun seuranta. (Bierganns, 40-42.)

Dehko-ohjelman lopulliset tulokset ja vaikutukset ovat nähtävissä viiveellä. Loppuraportin arviointien perusteella voidaan todeta muun muassa, että sydän- ja verisuonisairastavuus on vähentynyt, amputaatiot ovat vähentyneet, hoitotasapainon osalta tyyppin 2 diabetes on kehittynyt edelleen hyvään suuntaan ja diabetesosaamisessa on tapahtunut huomattavaa parantumista. Ohjelma on tuonut esille terveyden edistämisen tärkeyden ja ehkäisyn mahdollisuudet. Yhteistyössä terveydenhuollon kanssa Dekho-ohjelma kehitti hyviä hoitokäytäntöjä, tuotti raportteja ja teki tutkimuksia ja käytännön työkaluja terveydenhuollon, päättäjien, ja diabeetikoiden käyttöön. (Bierganns 2011, 5, 8.)

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä kokemuksia teemahaastattelun avulla diabeteksen hoidon ohjaamisesta potilaalle kahdessa osassa. Ensimmäinen osa on alkukartoitus. Toinen osa on palautteen kerääminen opinnäytetyön tuloksena tuotetusta oppaasta.

Alkukartoitus vaadittiin, jotta opas pystytettiin laatimaan mahdollisimman hyvin työelämän tarpeita vastaavaksi. Oppaan avulla pyritään paikkaamaan mahdollisia puutteita, joita alkukartoituksessa nousi esiin. Alkukartoitusten vastausten perusteella rakennettiin opas vastausten sekä teorian pohjalta. Kun opas oli valmis, se toimitettiin kuntayhtymän hoitajien nähtäville. Jokainen hoitaja sai perehtyä oppaaseen. Sen jälkeen kerättiin palaute.

5.1 Kartoitusten suorittaminen

Opinnäytetyön menetelmäksi on valittu teemahaastattelu. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, jossa kaikilla haastateltavilla on samat aihepiirit ja teema-alueet. Kysymyksillä ei kuitenkaan ole tiettyä tarkkaa muotoa tai järjestystä. Teemahaastattelun syvyyttä ei ole etukäteen määrätty. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan teemahaastattelussa on olennaisinta se, että se etenee tiettyjen teemojen eikä yksityiskohtaisten kysymysten mukaan. Teemahaastattelu tuo tutkittavien äänen kuuluviin ja huomioi sen, että ihmiset tulkitsevat ja antavat arvoa asioille eri tavalla (Hirsijärvi & Hurme 2009, 47-48). Teemahaastattelulla on siis yksinkertainen idea; kun halutaan selvittää ihmisen ajatuksia jostain asiasta, häneltä kysytään siitä. Kyseessä on keskustelu, jonka avulla pyritään selvittämään haastateltavaa kiinnostavat asiat, jotka liittyvät aihepiiriin. Haastattelijan tulee huolehtia siitä, että etukäteen määrätty teema-alueet käsitellään haastateltavan kanssa. Jokainen haastattelu on kuitenkin omanlaisensa, joten teema-alueiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella. (Aaltola & Valli 2010, 26-28.)

Haastattelupaikka on olennainen tekijä haastattelun onnistumisen kannalta. Haastattelutilanteen on hyvä olla mahdollisimman rauhallinen, että voidaan keskittyä itse haastatteluun. Haastattelua ei ole hyvä tehdä sellaisessa paikassa, jossa haastateltava kokee itsensä mahdollisesti epävarmaksi. Haastattelijalle itselleen tuttu ja turvallinen ympäristö on hyvä valinta (Aaltola ym. 2010, 29-30). Haastattelun alussa ei kannata mennä heti aiheeseen. Esipuheen avulla voidaan luoda miellyttävä ja riittävän vapautunut ilmapiiri haastatteluun. Haastatteluun on myös hyvä valita neutraali, sekä haastateltavan että haastattelijan tuntema kieli (Aaltola ym. 2010, 33). Itse haastattelurunkoa laadittaessa ei välttämättä laadita tarkkoja kysymyksiä vaan pelkkä teema-aiheluettelo riittää. Teema-aiheet ovat niitä alueita, joihin kohdistetaan haastattelukysymykset. Haastattelutilanteessa haastatteliija käyttää teema-aiheluetteloja muistilistana, joka ohjaa keskustelua. Haastatteliija tarkentaa teema-alueita kysymyksillä. (Hirsijärvi ym. 2009, 66.)

Otokseksi on valittu kuntayhtymän diabeteksen hoitoa toteuttavat sairaanhoitajat (N=15). Heistä yksi on diabeteshoitaja. Diabeteshoitaja-nimikkeen käyttö edellyttää hoitajan ammattitaidon ylläpitoa sekä jatkuvaa kouluttautumista (Diabetes ja lääkäri 2012, 37). Nämä sairaanhoitajat on valittu otokseksi, koska heillä on paras mahdollinen kokemus asiasta työn tiilajan kannalta. Heillä on näkemystä kehittämiskohteista kyseisessä toimintaympäristössä.

Aineiston kerääminen tapahtuu puhelinhaastattelun avulla. Haastateltavilta kysytään ensin halukkuutta haastatteluun ja sen jälkeen varataan puhelinhaastatteluun aika. Puhelinhaastattelu on hyvä vaihtoehto puolistrukturoidussa haastattelussa, kun halutaan tavoittaa kiireisiä tai kaukana asuvia henkilöitä. Suositeltavaa on vahvistaa vastapuolta taukojen aikana. Hiljaisen hetkien aikana on vaikeaa tietää, onko haastateltava vielä mukana haastattelussa. Haastateltava voi miettiä kysymystä tai tehdä jotain aivan muuta. (Hirsijärvi ym. 2009, 65.)

Alkukartoituksen haastattelun teemoja ovat:

1. Millaisena hoitaja kokee tyypin 2 diabeetikon elämäntapojen ja omahoidon ohjauksen
2. Hoitajan tukimateriaalien riittävyys ohjauksen tukena
3. Miten potilasohjausta voisi parantaa

Palautehaastattelun teemana on hoitajan näkemys oppaan hyödynnettävyydestä potilaan ohjauksessa.

Haastatteluiden analyysimenetelmänä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida kirjoitettua tai suullista kommunikaatiota. Sen avulla voidaan myös tarkastella tapahtumien ja asioiden yhteyksiä, merkityksiä sekä seurauksia. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä siten, että tutkittu ilmiö voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi. Tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan lisäksi esille. Sisällönanalyysin vaiheet jaetaan analyysiyksikön valintaan, aineistoon tutustumiseen, aineiston pelkistämiseen ja aineiston luokitteluun sekä tulkintaan. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21, 23-24.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on erottaa samankaltaisuudet ja erilaisuudet aineistosta. Tekstit, sanat, fraasit sekä muut yksiköt järjestetään luokkiin, niiden merkityksen perusteella eli samaa tarkoittavat laitetaan samaan luokkaan. Sisällönanalyysin avulla löydetään aineistosta ilmenevät tarkoitukset, aiomukset, merkitykset, yhteydet ja seuraukset. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensin pelkistetään ilmaisut termein. Sen jälkeen aineisto ryhmitellään etsien pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Ilmaisut yhdistetään luokiksi samaa tarkoittavien kanssa. Luokat nimetään niiden sisällön mukaan. Viimeiseksi aineistot abstrahoidaan eli yhdistetään samansisältöiset luokat ja niistä saadaan yläluokat. (Janhonen ym. 2001, 26-29.)

5.2 Toimintaympäristön kuvaus

Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä muodostuu Riihimäen kaupungin, Lopen- ja Hausjärven kunnan toiminta-alueesta. Kuntayhtymän tarjoamia terveyspalveluja ovat kiireellinen sekä kiireetön lääkäri- ja sairaanhoito, röntgen ja laboratorio, neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, suun terveys, kuntoutus- ja terapiapalvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut, geriatria, osastohoito, sosiaalityö, kotisairaanhoito sekä kotisairaala, työterveys, terveysvalvonta ja eläinlääkäri. (Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä, internet sivut.)

Sairaanhoitajien vastaanotot kuuluvat avoterveydenhuollon tulosalueen piiriin. Sairaanhoitajan vastaanotolla on neuvontaa ja ohjausta eri muodoissa, arviota hoidon tarpeesta ja tarpeen kiireellisyydestä sekä ohjausta oikean hoitopaikkaan. Lääkärin ja sairaanhoitajan kiireettömällä vastaanotolla hoidetaan esimerkiksi pitkäaikaissairauksia sairastavia potilaita, joille nimetään oma lääkäri-sairaanhoitaja -työpari. Pitkäaikaissairauksia sairastavalle potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma. Sairaanhoitajan vastaanottopalveluita annetaan Riihimäellä sekä Lopen ja Oitin lähiasemilla. Lääkäripalvelut ovat keskittyneet Riihimäen osaamiskeskukseen. (Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä, internet sivut.)

Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä tarjoaa asiakkaille puhelinpalvelua ja takaisinsoittopalvelun. Sähköisenä palveluna on eOmahoito, joka tarjoaa asiakkaalle Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymän potilastietojärjestelmään rakennetun henkilökohtaisen palvelun. Seuranta vaativat pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat hyötyvät eOmahoito-palvelusta. Palvelusta ovat nähtävissä pysyvät diagnoosit, lääkitys- ja rokotustiedot, laboratoriokokeiden tulokset, hoitosuunnitelma, Marevan verenohennuslääkityksen lääkannostelu, linkkejä Terveyskirjaston sivustoille sekä mahdollisuuden lähettää kysymyksiä lääkärille tai hoitajille sairauteen liittyen. Sähköinen asiointi edellyttää kirjallisen sopimuksen tekemistä Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymän kanssa, sekä asiakkaan henkilökohtaisia verkkopankkitunnuksia tai mobiilitunnuksia. eOmahoido-palvelussa sisältö ja viestit tallentuvat potilaskertomukseen. (Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä, internet sivut & eOmahoito- esite.)

5.3 Kartoituksien tulokset

Opinnäytetyön tutkimuslupa haettiin Riihimäen seudun kuntayhtymän terveyskeskuksen johtavalta ylihoitajalta, ja se myönnettiin joulukuun lopussa 2017. Alkukartoitukset toteutettiin tammikuun lopulla 2017. Opas koottiin helmikuun aikana. Palaute kootusta oppaasta kerättiin teemahaastatteluiden avulla, jotka toteutettiin maaliskuun 2017 puoliväliin mennessä.

5.3.1 Alkukartoituksen tulokset

Opinnäytetyön alkukartoitusten teemahaastatteluihin osallistui kuusi kuntayhtymän hoitajaa. Viidellä hoitajista oli kokemusta yli 10 vuotta vastaanotolla työskentelystä. Yksi hoitajista oli tehnyt sitä vasta muutaman vuoden. Haastattelut kestivät 10 minuutista 19 minuuttiin.

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Litterointi tarkoittaa esimerkiksi nauhoitetun puheen muodossa olevan aineiston kirjoittamista puhtaaksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Sen jälkeen ne luettiin läpi useaan kertaan ja etsittiin vastauksia lauseiden muodossa kolmeen teemaan:

1. Millaisena hoitaja kokee tyypin 2 diabetesta sairastavan elämäntapojen ja omahoidon ohjauksen
2. Hoitajan tukivälineiden riittävyys ohjauksen tukena
3. Miten potilasohjausta voisi parantaa

Lauseet tiivistettiin ja niistä muodostettiin jokaiselle kysymykselle omat ylä- ja alaluokat.

Teema 1: Hoitajien kokemukset tyypin 2 diabetesta sairastavan elämäntapojen ja omahoidon ohjauksesta

Elämäntapojen ja omahoidon ohjauksen kokemuksista muodostui kolme yläluokkaa: haastavuus, potilaslähtöisyys ja tärkeys. Niistä jokaisesta muodostui vielä kaksi tai kolme alaluokkaa.

Elämäntapojen ja omahoidon ohjauksen kokemukset

Haastavuus	Potilaslähtöisyys	Tärkeys
<ul style="list-style-type: none"> • Ajan puute • Väsyttävyyys • Tuloksettomuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden erilaisuus • Potilaan huomioiminen yksilönä • Potilaan tuntemaan oppiminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sydämen asia • Mielenkiintoisuus

Kuvio 1: Elämäntapojen ja omahoidon ohjauksen kokemukset

Jokainen hoitaja koki diabeetikon ohjaamisen haastavana. Haastavuuteen vaikuttava iso tekijä oli ajan puute. Hoitajat kokivat, ettei heillä ole riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen vastaanotolla. Lisäksi he kokivat sen haasteena, että potilas ei sitoudu hoitoonsa tai hänellä ei ole motivaatiota. Tämä motivaation puute juuri aiheutti sitä, että hoitaja koki ohjauksen väsyttäväksi ja tuloksettomaksi.

”On tällaisia tapa vastaanotolla kävijöitä, jotka vaan käy, koska kuuluu käydä ja on kiva käydä rupattelemassa, mutta ei tee mitään muutoksia mihinkään.”

”Se tuntuu joskus vaikealta, että miten asian esittäisi potilaalle, että hän pystyisi sen omassa elämässään hyödyntämään ja se tuottaisi sitten jotain tuloksiakin.”

”Hankaluus on se, että jos lähtötilanne on ihan nolla, niin mikä aika riittää siihen?”

”Samasta asiasta saa välillä puhua jo monetta kertaa, eikä potilas ole lähtenyt mitään tekemään. Kyllähän se sitten tekee vähän toivottoman olon hoitajalle. Hoitajastakin tuntuu, että on epäonnistunut. Jotenkin vaan välillä kokee, että ei osaa selittää asiaa niin, että viesti menisi perille.”

Hoitajat kokivat potilaslähtöisyyden tärkeänä asiana vastaanotolla. Jokainen potilas tulisi ottaa vastaan omana yksilönään huomioiden potilaan kokonaistilanne, ei pelkkä sairaus. Tärkeää hoitajien mielestä oli myös huomioida se, että jokainen potilas tietää asioista eri tavalla. Jokaisella potilaalla on oma kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa. Lisäksi siihen vaikuttaa po-

tilaan oma motivaatio asiaa kohtaan. Hoitajat mainitsivat myös, että elämäntapojen ja omahoidon ohjauksen onnistumisen kannalta. Täytyy oppia tuntemaan potilaan elämäntapoja ja oppia lukemaan asioita rivien välistä.

”Mä yritän aina miettiä itseäni potilaan asemaan ja miltä musta tuntuisi potilaan paikalla. Kyllä musta se potilaan kohtaaminen on aina tärkeämpää kuin se, kuinka paljon saa niin sanotusti aikaiseksi. ”

”Kun tajuaa, että tällä ihmisellä ei oo tietoa asiasta, niin siinä vaiheessa täytyy miettiä, että siinä hetkessä vaihtaa näistä asioista jokusen sanan.”

”On lukematon määrä kaikkea, mitä pitäisi aistia ja saada ihminen avautumaan ensin niistä, ennen kuin päästään itse sairauteen ja diagnoosiin.”

Elämäntapojen ja omahoidon ohjaus koettiin myös tärkeäksi asiaksi. Sitä pidettiin mielenkiintoisena, koska se on niin moniulotteista. Lisäksi osalle hoitajista diabetes on sydämen asia. Hoitajista välittyi myös haastatteluissa aito välittämisen tunne ja innostus työtään kohtaan.

”Diabetes on mulle sydämen asia ja tykkään ohjaustyöstä, etenkin tyypin 2 diabeetikkojen.”

”Se on tosi tärkeää ja sitä tehdään tosi paljon.”

”Vaikka ohjaus on haasteellista, se on kuitenkin mun mielestä hyvin mielenkiintoista.”

Teema 2: Hoitajan tukimateriaalien riittävyys ohjauksen tukena

Työvälineistä muodostui kaksi yläluokkaa: positiiviset tekijät ja negatiiviset tekijät. Molemmissa yläluokissa on useita alaluokkia.

Tukimateriaalien riittävyys	
Positiiviset tekijät <ul style="list-style-type: none"> • Työkokemus • Mahdollisuudet 	Negatiiviset tekijät <ul style="list-style-type: none"> • Riittämättömästi materiaalia • Lisätiedon hakemisen vaikeus • Monikulttuurisuus • Yhtenäiset linjat puuttuvat • Vanhentunut materiaali

Kuvio 2: Tukimateriaalien riittävyys

Hoitajat kokivat, että tukimateriaalit olivat riittäviä työkokemukseen nähden. Osalla hoitajista oli yli kymmenen vuoden kokemus työstä, joten osasi hyödyntää omaa kokemustaan ja vankkaa osaamistaan. Lisäksi mainittiin, että mahdollisuuksia olisi moneen, jos aika ja osaaminen riittäisi.

”Jos mä olisin järjestelmällinen ja fiksu, olisin konnut semmosen paketin, josta mä helposti antaisin luettavaa, mutta mulla ei oikein ole sellaista.”

”Kyllä mä oon kokenu ne ihan riittäväksi, kun on 11 vuotta takana.”

”Meillä on tyypin 2 diabeetikolle hoitopolku, terveyskeskuksessa kehitetty vastaanotolla vuosien myötä; mitä asioita liittyy ensiohjaukseen, mitä asioita välitrollikäynteihin ja mitä vuosikontrollia valmistavaan käyntiin.”

”Efficalla on mahdollista tehdä itse fraasit koneelle.”

”Kyllä tuolta Efficasta ja Käypä hoidosta löytyy, että on niitä oppaita olemassa.”

Haastattelussa hoitajat kertoivat, että heillä ei ole riittävästi materiaalia ohjauksen tukena. Lisäksi he kaipaivat lisää materiaalia, jota voisi jakaa potilaalle kotiin vietäväksi. Käytettävissä on pääasiassa lääkefirmojen oppaita, joita ei mainostamisen takia huvita aina antaa. Tarvetta olisi selkeälle, yksinkertaiselle ja kuvitetulle oppaalle. Olisi hyvä huomioida myös yksilöllisyys.

Lisäksi hoitajat mainitsivat, että sairauden alkuvaiheeseen on enemmän materiaalia, mutta lisätietoa pitäisi saada, esimerkiksi nettilinkkejä. Hoitajat kertoivat myös, että monesti he ovat käyttäneet samaa materiaalia monia vuosia, joten ajantasaisemmalle materiaalille olisi

tarvetta. Nyt viime vuosina hoitajien vastaanotolle on alkanut tulla lisää maahanmuuttaja-taustaisia potilaita, eikä heillä ole mitään englanninkielistä materiaalia antaa heille.

Hoitajat mainitsivat, ettei työpaikalla ole mitään yhtenäisiä linjauksia siihen, miten tyypin 2 diabeetikon ohjaus tulisi toteuttaa. He kaipasivat sitä, että kaikilla olisi samat materiaalit käytössä ja heitä opastettaisiin niiden käytössä.

”Jos mietin sitä, että sen ohjauksen pitäisi olla tasalaatuista ja semmosta, niin kyllähän meillä pitäis olla parempia ohjeistuksia.”

”Sellainen yleisopus olisi hyvä, eikä mihinkään tiettyyn lääkkeeseen sidottu.”

”Video-ohjaushan voisi olla hyvä apu, kun meillä on nämä isot ruudut huoneis-sa.”

”Semmonen mitä kaikkea kuuluisi käydä lävitse, esimerkiksi ranskalaisilla vii-voilla tai lokeroituna tavallaan. Sellainen olisi hyvä pohja.”

”Mehän käytetään täällä näitä valmiita niinkun ravitsemusliiton, terapeuttiliiton, diabetesliiton ja näitä ohjelehtisiä. Ne on hirveen hyviä alkuun, mutta sitä jos halua jotakin tarkempaa, niin tuntuu, että netistä pitäis osata katsoa kaik-kea.”

Teema 3: Miten potilasohjausta voisi parantaa

Potilasohjauksen parantamisesta nousi esiin kolme yläluokkaa: tilanne, menetelmät ja ammattitaito. Jokaiseen pääluokkaan tuli kaksi tai kolme alaluokkaa.

Potilasohjauksen parantaminen		
Tilanne <ul style="list-style-type: none"> • Aika • Suunnittelu • Yksilöllisyys 	Menetelmät <ul style="list-style-type: none"> • Materiaalit • Ryhmäohjaus 	Ammattitaito <ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillisuus • Yhtenäiset linjat • Lisäkoulutus

Kuvio 3: Potilasohjauksen parantaminen

Hoitajat kertoivat haastatteluissa, että ohjaustilanteisiin varattu aika ei ole aina riittävää. Se kuitenkin vaihtelee potilaskohtaisesti. Pääasia olisi, että vaikka tilanteeseen ei olisi paljon aikaa, hoitaja osaisi luoda tilanteesta kiireettömän. Lisäksi koettiin, että ohjaustilanne tulisi olla hyvin suunniteltu. Suunnitelmasta pitäisi kuitenkin aina pystyä poikkeamaan tilanteen mukaan. Tärkeää on myös tehdä aina jatkosuunnitelma. Ohjaustilanteen pitäisi olla tasavertainen, potilaan yksilöllistä tilannetta ja tarpeita huomioivaa. Kaikkien hoitajien mielestä heidän työssään tärkeintä on potilaan kohtaaminen ja se, että tilanteessa ollaan aidosti läsnä. Hyvä vuorovaikutus on heidän mielestään luottamuksellisen potilassuhteen perusta.

”Kaikkein tärkeintä on kuitenkin aina se yksilöllinen kohtaaminen.”

”Aikaa ainakin tarvitsisi lisää, se puoli tuntia on hirveen lyhyt aika.”

”Tärkeintä olisi, että me hoitajat muistettaisiin, että se ohjaustilanne on aina enemmänkin semmonen keskusteleva neuvontatilanne. Että se on tasavertaista ja potilas pystyy kysymään, eikä sellaista että hoitaja kertoo kiireissään nämä ja nämä ja nämä asiat ja on itse tyytyväinen.”

”Tärkeää aina sopia siitä jatkosta, ettei vaan aatella, että asiat on puhuttu ja näkemiin.”

”Olis tärkeä aina, että sille diabeetikolle jää tunne, että hänestä välitetään. Ettei niillä ihmisillä olisi syyllisyyden tunnetta ja sitä hirveitä taakkaa, kuin me nykyään luetaan, kuinka diabetes aiheuttaa kustannuksia ja sitä niin kuin huojennettaisiin.”

Hoitajien mielestä potilasohjausta voisi parantaa siten, että heillä olisi antaa hyvät kirjalliset ohjeet potilaalle mukaan kotiin luettavaksi. Seuraavalla vastaanottokäynnillä potilas on voinut pohdiskella asioita ja hänellä on herännyt ehkä kysyttävää. Lisäksi koettiin, että lisäämällä ryhmäohjausta voitaisiin parantaa potilasohjauksen laatua.

”Se vois olla motivoivaa, että näkee muistakin ja sitten siellä... Mä aina haaveilen, että ihmiset löytää toisensa. Yksinäisyys on se suurin ongelma näillä munikin potilailla.”

”Pitäis olla hyvät kirjalliset ohjeet, mitkä voi antaa potilaalle mukaan kotiin.”

Haastatteluissa käsiteltiin paljon sitä, miten hoitajat itseään kehittämällä voivat parantaa potilasohjausta. He mainitsivat, että lisäkoulutus ja työkavereiden tuki olisi tärkeää. Työ on

itsenäistä ja harvoin saa ohjaukseen apua. Heidän mielestään olisi hyvä asia, jos ohjausta käytäisiin yhdessä läpi ja samalla muodostettaisiin työpaikalle yhtenäiset linjat. Tällöin myös asiantuntijat voisivat jakaa omaa tietoaan työyhteisössä.

Hoitajat mainitsivat, että diabetes on moniulotteinen sairaus ja sen vuoksi potilaalla pitäisi olla tukenaan moniammatillinen työryhmä. Lääkärien antamaa ohjausta korostettiin varsinkin diagnoosivaiheessa. Esille nousi myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tärkeys.

”Sellaista pitäisi enemmän tehdä, että oman alan asiantuntijat annettaisiin ja jaettaisiin tietoa.”

”Hoitajan pitää itse olla motivoitunut hankkimaan tietoa ja ajatella, että se tieto on tärkeää arjen työn kannalta. Pitää välittää niistä potilaista ja potilasryhmistä, ketä hoitaa.”

”Lisää koulutusta henkilökunnalle ja ylipäättään ohjaustilanteisiin tukea.”

”Kun potilas saa diagnoosin, niin lääkärin pitäisi osata jo puhua tietyt asiat hyvin, jotta se potilas pystyisi sitä asiaa pureskelemaan kotona ennen kuin se tulee hoitajalle. Silloin sillä on jo valmiiksi kysymyksiä, mitä siellä askarruttaa.”

5.3.2 Oppaan laatiminen

Oppaan kokoamisen lähtökohtana olivat hoitajien alkukartoituksen teemahaastattelut sekä voimassa olevat hoitosuositukset. Hoitosuosituksia on käytetty opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen kokoamisessa. Lisäksi työelämän edustajalta saatiin jo aiemmin joitain toiveita opasta koskien.

Työelämän edustajalta saatiin jo etukäteen pyynnöksi, että oppaaseen tulisi henkilökohtainen insuliinihoidon seuranta koskeva lomake, joka olisi myös englannin kielellä. Alkukartoituksissa nousi myös esille tämä tarve englanninkieliselle materiaalille.

Alkukartoituksissa kysyttiin hoitajien toiveita opasta kohtaan. Hoitajat toivovat, että opas olisi selkeä ja puhutteleva. Lisäksi hoitajat toivoivat oppaaseen perustietoa tyypin 2 diabeteksestä, jotta potilas oppisi tuntemaan oman sairautensa ja mitä kokonaishoitoon kuuluu. Hoitajat toivat esille sen, että kuvat ovat hyviä työvälineitä ohjauksen tukena. Oppaaseen on laitettu puhuttelevia kuvia. Alkukartoituksessa selvisi myös se, että potilas tarvitsee lähteitä, joista hakea lisätietoa. Tämän vuoksi oppaaseen on koottu loppuun hyödyllisiä nettilinkkejä.

Oppaaseen on pyritty kokoamaan tiivis ja yhtenäinen tietopaketti liitännäissairauksista, painonhallinnasta, liikunnasta, ruokavaliosta, tupakasta ja alkoholista. Osa näistä on otettu oppinnäytetyön teoriasta, mutta myös muualta on haettu lisätietoa. Viimeisellä sivulla oppaassa on mainittuna lähteet.

Opasta kootessa on pyritty korostamaan potilaslähtöisyyttä ja potilaan aktivointia hoitoonsa. Sairaudesta huolimatta tyypin 2 diabeetikko voi elää laadukasta elämää.

5.3.3 Palautehaastattelun tulokset

Oppaasta kerättiin palaute teemahaastattelujen avulla. Palautehaastatteluihin osallistuivat samat kuntayhtymän hoitajat kuin alkukartoituksiin. Haastattelut kestivät viidestä minuutista puoleen tuntiin.

Haastattelut analysoitiin sisällön analyysin avulla kuten alkukartoituksetkin. Analyysin avulla etsittiin vastauksia lauseiden muodossa yhteen teemaan, joka oli hoitajan näkemys oppaan hyödynnettävyydestä potilaan ohjauksessa.

Kun lauseet tiivistettiin, niistä muodostettiin kysymyksille omat ylä- ja alaluokat.

Oppaan hyödynnettävyys	
Oppaan käyttö <ul style="list-style-type: none"> • keskustelurunko • potilaan ymmärryksen lisääminen 	Ulkoasu <ul style="list-style-type: none"> • selkeys • kuvat

Kuvio 4: Oppaan hyödynnettävyys

Hoitajan näkemyksistä oppaan hyödynnettävyydestä potilaan ohjauksessa muodostui kaksi yläluokkaa: oppaan käyttö ja ulkoasu. Niistä molemmista muodostui kaksi alaluokkaa.

Hoitajat kokivat, että opasta voi käyttää keskustelun runkona. Oppaasta on helppo seurata niitä asioita, joita tulee potilaalle kertoa. Lisäksi oppaan voi tulostaa tai sitä voi seurata tietokoneelta. Oppaassa on sisällysluettelo, joka auttaa valitsemaan oikeat asiat potilaskohdai-

sesti. Lisäksi oppaassa oleva lomake koettiin hyväksi rungoksi insuliinihoidon aloitukselle. Lomakkeen englanninkielinen versio koettiin hyväksi asiaksi potilaan kannalta, koska se auttaa hoitajaa, jolla on huonompi englannin kielen osaaminen.

”Jos tulee nuorempikin hoitaja niin tästähän on harvinaisen helppo katsoa apua, että ai mun pitää käydä läpi näitä asioita ja näitä asioita ja näitä asioita.

”Vaikka nää on toki meille semmosia meidän pään sisällä olevia juttuja niin kylähän tää helpottaa ja vähän jäsentää sitä.”

”Täähän ois kiva ottaa pöydälle ja siitä sitten keskustelun rungoksi.”

”Tässä puhutaan paljon semmosia asioita mitä ei tuu automaattisesti käytyä.”

”Lomakkeetkin tässä on hyvät ja löytyy tärkeimmät asiat. Kyllä tää on hyvä ja tää englannin kielinenkin on justinsa hyvä. Minäkin huonolla englannin taidolla ymmärrän nämä hyvin.”

”Nää teksti osuudet voi vaikka tulostaa kokonaan potilaalle tai sitten vaan jonkun osion, kun on tää sisällysluettelokin.”

Opas koettiin hyväksi, koska se auttaa potilasta ymmärtämään sairauttaan ja sen vaatimaa jatkuvaa hoitoa paremmin. Opasta voi käydä läpi vastaanotolla ja antaa sitten potilaalle kohtiin vielä luettavaksi, jotta asioihin voi palata kotona. Oppaassa on hoitajien mielestä paljon hyvää tekstiä omahoidon tuksi, joka helpottaa hoidon jatkuvuutta.

”Tässä on enemmän kerrottu tautina tyypin 2 diabeteksesta. Se auttaa potilasta ymmärtämään mistä on kyse paljon paremmin.”

”Tässä on hyvin tuotu esille se, että hoidon päävastuu on potilaalla itsellä.”

”Monella potilaalla on se ongelma, ettei ymmärrä kaikkia asioita mitä liittyy diabeteksen hoitoon.”

”Kiva kun on jotain vähän kättä pidempää kuin neuvoa lukemaan diabetesliiton sivuilta.”

”Tää tuo siihen ohjaukseen lisää, kun voi potilaan kanssa käydä läpi näitä juttuja ja lisätä sitä ymmärrystä.”

Hoitajat kokivat oppaan ulkoasun selkeäksi. Koettiin ettei oppaassa ole liikaa tavaraa, mutta kaikki tärkeimmät asiat löytyvät. Teksti koettiin helppolukuiseksi. Ulkoasultaan opas oli hoitajien mielestä jäsennelty hyvin.

”Opas pitää olla mahdollisimman yksinkertainen eikä mitään turhaa.”

”Tätä on mukava lukea ja sen voi hyvillä mielin antaa potilaalle, kun on niin selkeä rakenne, eikä mitään turhia juttuja.”

”Olette selkeästi ytimen löytänyt tähän ja tästä on hoitajan helppo lähteä vie-
mään asiaa eteenpäin.”

”Hyvältä kompaktilta paketilta näyttää ja hyvää tekstiä.”

Oppaan kuvista hoitajat antoivat paljon positiivista palautetta. Jokainen hoitaja koki, että kuvat ovat hyviä. Erityisesti pidettiin siitä, että kuvat olivat värikkäitä. Lisäksi niitä pystyi hyödyntämään potilaan ohjauksessa.

”Nää kuvat on kivoja kun voi tästä isolta ruudulta avata potilaan aikana, ja ne on vielä kaikki värikuvia.”

”Sithän täällä on hirveesti hyviä kuvia ja niitä voi myös käydä läpi.”

”Tosi hyviä nää kuvat ja selkeitä. Joku lautasmallikin todella helppo tästä käy-
dä potilaan kanssa läpi kun on niin selkeä kuva...ja liikuntapiirakkakin.”

”Kuviahan tässä oppaassa on tosi hyviä ylipäättään ja se on kiva, että ne on vä-
rikkäitä. Kiva näyttää sitten potilaallekin.”

Hoitajilta saatiin kehittämisideaksi oppaan ulkoasuun se, että haluttiin selvästi omat osiot omahoidolle, diabeteksen perustiedolle ja sitten insuliinihoitoiselle diabeetikolle. Lisäksi hoi-
tajat halusivat meidän muuttavan joitain yksittäisiä lauseita helpommin ymmärrettäväksi.

Opinnäytetyön teemahaastatteluissa kävi ilmi, että hoitajilta puuttuu yhteinen runko potilasohjaukseen. Jokaisella on oma tapansa toteuttaa työtänsä, joka perustuu pitkään kokeemukseen diabeetikkojen ohjauksesta. Lisäksi hyödynnetään hoitosuosituksia. Hoitajat ilmaisivat haastatteluissa, että yhtenäisten toimintatapojen puute hankaloittaa ohjausta. Varsinkin sijaisten kohdalla tilanne, jossa ohjausta toteuttaa uusi tai potilaalle vieras hoitaja, koettiin vaikeaksi. Tuotiin kuitenkin esille se, että tietoa ja materiaalia olisi paljon tarjolla, jos tietäisi mistä hakea ja siihen olisi riittävästi aikaa.

Diabeetikkojen ohjaus koettiin haastavaksi, koska kaikki eivät sitoudu omaan hoitoonsa. Monet potilaat eivät koe tyypin 2 diabetesta vakavaksi sairaudeksi, koska se on niin yleistä. Hoitajan on vaikea motivoida sellaista potilasta, joka ei ole vastaanottavainen.

Palautehaastatteluiden perusteella opinnäytetyön tuotoksena tehty opas on avuksi yhtenäistämään potilasohjausta ja antamaan runkoa ohjauskeskusteluun. Koettiin hyväksi, että on opas johon voi palata vastaanotoilla ja sen voi myös antaa potilaalle mukaan. Lisäksi nettilinkit auttavat potilasta hakemaan lisätietoa. Hoitaja voi hyödyntää näitä nettilinkkejä vastaanotollaan potilaskohtaisen tarpeen mukaan.

Opinnäytetyön tekijät ovat itse tyytyväisiä oppaaseen. Siitä saatiin paljon positiivista palautetta. Palautehaastatteluissa tuli myös ilmi joitain yksittäisiä kehittämisideoita. Niiden avulla saatiin muokattua opasta siten, että se vastaa opinnäytetyön tavoitetta.

Opinnäytetyötä tehdessä on tullut pohtineeksi, että olisi voinut myös tehdä hoitajille rungon tyypin 2 diabeetikon ohjausta varten, esimerkiksi tietojärjestelmään. Sieltä hoitaja valitsisi vastaanotolla itselleen tietyt ”fraasit”, joiden pohjalta ohjaus etenisi. Hoitaja voisi näiden pohjalta lähteä viemään keskustelua ja vastaanottoa eteenpäin. Tämä turvaisi hoidon jatkuvuutta. Jokainen potilas myös saisi mahdollisimman tasavertaista ohjausta, vaikka se onkin potilaslähtöistä.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä tehtävä tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Tutkija ei vahingoita tiedonantajaa. Tutkijoiden rooli on opiskelijan rooli suhteessa tiedonantajiin, jotka ovat ammattilaisia. Tutkittavat eivät ole tutkijoille entuudestaan tuttuja. Parhaimmillaan tutkimus edistää tutkittavien tietoisuutta heidän arjen työstään ja sen kehittämistä. Tutkimuksesta saatava hyöty on oltava suurempi kuin haitta, eikä tutkimuksen avulla tuoteta minkäänlaista haittaa tutkittaville. (Janhonen ym. 2001, 39.)

Kuntayhtymän hoitajiin otettiin yhteyttä henkilökohtaisesti sähköpostilla ja kysyttiin halukkuutta osallistua teemahaastatteluihin. Haastattelut perustuivat siis täysin vapaaehtoisuuteen. Vaikka hoitajiin otettiin yhteyttä henkilökohtaisesti, heidän henkilöllisyyttään ei tuoda esille muuta kuin opinnäytetyön tekijöille. Moni vastaanoton hoitaja ei halunnut osallistua opinnäytetyön teemahaastatteluihin. Haastatteluissa säilytettiin omat roolit eli hoitajat olivat ammattilaisia, joilta haluttiin saada tietoa asiasta. Haastatteluun osallistuville hoitajille ei tuotettu mitään haittaa. Haastatteluissa esiin tuotaviin epäkohtiin ei kiinnitetty huomiota vaan keskityttiin saamaan vastauksia oppaaseen vaikuttaviin asioihin.

Opinnäytetyössä luotettavuuteen liittyviä tekijöitä ovat tutkijat, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen. Aineistonkeruussa saatava tieto riippuu siitä, miten tutkittavat ymmärtävät kysymykset ja osaavat vastata niihin. Aineiston analyysissä korostuvat tutkijoiden taitojen lisäksi arvostukset ja oivalluskyky. Sisällön analyysin luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi se, miten aineisto pystytään pelkistämään siten, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen ym. 2001, 36.)

Aineiston keruu teemahaastattelun avulla onnistui hyvin, koska kysymyksiä pystyi tarkentamaan ja varmistamaan, että saa juuri haluamaansa asiaan vastauksia. Saatiin monipuolisia ja kantaa ottavia vastauksia haluttuihin kysymyksiin. Aineiston analyysiin vaikutti se, että tekijöillä ei ole aiempaa kokemusta tutkimusten teosta. Kuitenkin tekijät ovat perehtyneet sisällön analyysiin. Analyysi onnistui kuitenkin hyvin ja siihen ollaan tyytyväisiä. Löydettiin selvästi yhtenäisiä asioita, joista pystyi muodostamaan ylä- ja alaluokkia.

6.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyöskentely alkoi syyskuussa 2016. Lähtökohtana oli oma kiinnostus tehdä opinnäytetyö tyypin 2 diabetekseen liittyen ja otimme itse yhteyttä työelämäkumppaniin. Työelämäkumppani tavattiin ensimmäisen kerran syyskuussa 2016. Tapaamisessa tuotiin esille selvä tarve potilasoppaalle ja erityisesti lomakkeelle, joka löytyy oppaasta. Syksy meni teoriaosuutta ja opinnäytetyösuunnitelmaa tehdessä. Opinnäytetyösuunnitelma ja teoriaosuus olivat valmiina joulukuussa 2016, aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyösuunnitelma lähetettiin tutkimuslupaa varten eteenpäin ja saimme tutkimusluvan odotettua nopeammin.

Kävi kuitenkin niin, että opinnäytetyön teemahaastattelut eivät herättäneet sellaista mielenkiintoa, jota oltiin odotettu. Koska opinnäytetyöllä oli kaksi tekijää, piti saada riittävästi osallistujia haastatteluihin. Hoitajiin yhteyden saaminen oli aikaa vievää ja hankalaakin, koska he

eivät ehdi lukemaan sähköpostiaan riittävän usein. Alkukartoitusten teemahaastatteluiden saaminen valmiiksi kesti yli kuukauden odotettu pidempään. Palautehaastattelut saatiin kuitenkin aikataulussa tehtyä, koska hoitajat osasivat odottaa yhteydenottoa.

Opinnäytetyötä ohjaavaan opettajaan pidettiin säännöllisesti yhteyttä sähköpostitse ja tapaamisissa. Olemme tyytyväisiä saamaamme ohjaukseen. Laurean englanninkielen opettaja on ollut apuna, kun laadittiin oppaassa olevaa englanninkielistä lomaketta. Hän tarkisti, että lomake on kieliopillisesti oikein ennen kuin se lisättiin oppaaseen. Lisäksi työelämäkumppani on pidetty ajan tasalla siitä, missä vaiheessa opinnäytetyö on. Opinnäytetyöprosessin aikana työelämäkumppanin yksi yhteyshenkilö on vaihtunut henkilöstömuutoksien vuoksi.

Työelämäkumppanilta saatiin palaute kirjallisesti sähköpostin välityksellä. Palaute oli positiivista ja loppu tuotokseen eli oppaaseen oltiin tyytyväisiä. Opas laitettiin suunnitelmien mukaan kuntayhtymän intranettiin, josta hoitaja voi sitä lukea tai tulostaa potilaalle. Työelämäkumppani oli tyytyväinen yhteistyöhön opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden kanssa.

Lähteet

Painetut lähteet

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Vinkkejä aloittelevalla tutkijalle. 3. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Ahonen, O. & Blek-Vehkaluoto, M. & Ekola, S. & Partamies, S. & Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Ilanne-Parikka, P. & Rönnemaa, T. & Saha, M. & Sane, T. 2015. Diabetes. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Janhonen, S. & Mikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyrou, I. & Kumar, S. 2010. Weight management in overweight and obese patients with type 2 diabetes mellitus. British Journal of Diabetes & Vascular Disease. November/December 2010 vol. 10 no. 6 274-283.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhymä. eOmahoito-esite.

Sand, O. & Sjaasstad, O. & Haug, E. & Bjälle, J. & Toverud, K. 2013. Ihminen Fysiologia ja anatomia. 8. -10. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. 1.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. 2. painos. Helsinki: Edita.

Sähköiset lähteet

Bierganns, E. 2011. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma Dekho. Loppuraportti. http://www.diabetes.fi/files/1380/Dehkon_loppuraportti.pdf

Diabetes (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 16.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056>

Diabetes ja lääkäri. 2012. viitattu 8.11.2016. http://www.diabetes.fi/files/2243/DjaL_4_2012.pdf

Himanen, O. 2016. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.11.2016. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=db00301&p_haku=hyv%C3%A4%20ohjaus%20diabeteksen%20hoitoon

- Hyvärinen, H. 2011. Diabeteslehti: Diabetes ja vahva juopumus ovat huono yhdistelmä. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 23.11.2016
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/laakehoito/diabetes_ja_vahva_juopumus_ovat_huono_yhdistelma.2930.news
- Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.11.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=3D4270B6183A83BD2C9316C71D2A0BAE?id=nix02109>
- Kallioniemi, V. 2016. Aika ottaa insuliini käyttöön. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 5.10.2016.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/tyypin_2_hoidon_abc/aika_ottaa_insuliini_kayttoon
- Kanerva, N. 2014. The healthy Nordic diet, obesity and obesity-related metabolic risk factors. THL. Helsingin yliopisto. Viitattu 21.11.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120376/URN_ISBN_978-952-302-327-7.pdf?sequence=1
- Käypähoito-työryhmä Diabetes. 2016. Diabetes ja liikunta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.11.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00817&suositusid=hoi50056>
- Laihduttaminen ja painonhallinta. 2016. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 21.11.2016.
<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/painonhallinta>
- Lautasmallin avulla syöt oikein. 2016. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 21.11.2016.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkejaviisaisiinvalintoihin/lautasmalli>
- Liikunta (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 23.11.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50075#s13>
- Liikunta. 2016. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 23.11.2016.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/liikunta
- Lihavuus (aikuiset) (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 21.11.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010#s8>
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopiston. Viitattu 5.10.16
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoito-työhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Viitattu 15.11.16.
https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
- Majahalme, S. 2014. Kohonneen verenpaineen lääkehoito. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.11.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00175&p_haku=diabetes%20%26%20kohonnut%20verenpaine

Mustajoki, P. 2016. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757#s5

Mustajoki, P.2016. Diabetes ja alkoholi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00887

Niskanen, L. 2014. Tyypin 2 diabeteksen lääkehoidon neljä osatekijää . Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.11.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=syd00336&p_haku=diabetes

Parkkamäki, S.2013. Voimaantumiseen pohjautuva tyypin 2 diabeteksen omahoidon tuki apteekissa: Esimerkkinä Mäntyharjun Havu-apteekki. Helsingin yliopisto. Viitattu 16.11.2016.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40695/parkkamaki_vaitoskirja.pdf?sequence=1

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Omahoidon tukeminen. Suomalainen Lääkäriseura duodecim. viitattu 15.11.2016.

http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhymä. Viitattu 6.12.2016.

<http://riihimaenseudunterveyskeskus.fi/>

Rönnemaa, T. 2016. Kohonnut verenpaine ja diabetes. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.11.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=db01717&p_haku=diabetes%20%26%20kohonnut%20verenpaine

Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2016. Diabetes ja silmät. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.11.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=db01702&p_haku=retinopatia

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Litterointi. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.2.2017.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html

Sopiva paino ja vyötärönmitta. 2016. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 21.11.2016.

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/painonhallinta/sopiva_paino_ja_vyotaronmitta

Kuviot

Kuvio 1: Elämäntapojen ja omahoidon ohjauksen kokemukset.....	33
Kuvio 2: Tukimateriaalien riittävyys.....	35
Kuvio 3: Potilasohjauksen parantaminen	36
Kuvio 4: Oppaan hyödynnettävyys	39

Liitteet

Liite 1: Opas tyypin 2 diabeetikolle	50
--	----

Liite 1: Opas tyypin 2 diabeetikolle



Tyypin 2 diabeetikolle

Opas elämäntapojen ja omahoidon tueksi

Alkusanat

Tämä opas on tarkoitettu Riihimäen terveystieteiden sairaanhoitajien käyttöön hoitaja-vastaanotolla. Oppaassa käsitellään tyypin 2 diabetesta, sen liitännäissairauksia ja oma-hoitoa. Lisäksi oppaasta löytyy insuliinihoidon aloitukseen sopiva lomake ja verensokeriin liittyviä asioita. Opas on Hyvinkään Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskeli-joiden opinnäytetyön tulos.

Diabetes on Suomessa ja maailmalla yksi nopeimmin lisääntyvä tauti. Suomessa on yli 500 000 diabetesta sairastavaa henkilöä. Sairastuneiden määrä sekä hoitokustannukset kasvavat koko ajan.

Oppaan tavoitteena on selkeyttää potilaan ymmärrystä tyypin 2 diabeteksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi tavoitteena on selkeyttää potilaan ja hoitajan kokonais-kuvaa sairaudesta, ja siten parannetaan sekä hoidon seurantaa että elämänlaatua.

Hoitaja voi käyttää opasta apunaan potilasohjauksessa. Oppaan voi tulostaa potilaalle kokonaan tai siitä voi tulostaa yksittäisiä sivuja. Sisällysluettelo on tässä asiassa apuna. Oppaan lopusta löytyy paljon hyödyllisiä nettilinkkejä, joita potilas voi itse selata kotona tai niitä voidaan käydä yhdessä läpi hoitajan vastaanotolla.

Tuija Himanto & Jenni Kujansuu

Sisällysluettelo

Diabetestietoa	53
Mikä on tyypin 2 diabetes?	53
Tyypin 2 diabeteksen hoito	54
Diabeteksen liitännäissairaudet	55
Diabeteksen omahoito	58
Painonhallinta on tärkeää	58
Millainen on hyvä ruokavalio?	59
Liikunta parantaa kuntoa, lisää mielihyvää ja kuluttaa energiaa	60
Alkoholi	61
Tupakointi	62
Insuliinihoitoinen diabetes	63
Liian alhainen verensokeri	63
Lomake	64
Form	65
Hyviä nettilinkkejä	66
Oppaassa käytetyt lähteet	67

Diabetestietoa

Mikä on tyypin 2 diabetes?

Diabetes on energia-aineenvaihdunnanhäiriö, joka ilmenee kohonneena verensokerina. Häiriö johtuu insuliinihormonin puutteesta, sen heikentyneestä toiminnasta tai näistä molemmista. Elimistön solut saavat energian verensokerista eli glukoosista.

Tyypin 2 diabeteksessa esiintyy jo vuosia ennen sairastumista insuliinin tehottomuus eli insuliiniresistenssi. Se tarkoittaa, että insuliinin säätelämä sokerin siirtyminen verestä soluihin on häiriintynyt. Jotta sokeri siirtyisi soluihin, haima joutuu tuottamaan insuliinia tavallista enemmän. Ajan mittaan haiman insuliinia valmistavat solut väsyvät, minkä seurauksena verensokeri nousee, ja diabetes puhkeaa. Vuosien kuluessa insuliinin tuotanto heikkenee edelleen, jolloin jossain vaiheessa hoidoksi tarvitaan myös insuliinia.

Kun terve ihminen syö aterian



Tyypin 2 diabetespotilailla



Glukoosi = verensokeri

Insuliini= haiman erittämä peptidihormoni

HbA1c = ns. pitkä sokeri. Verikoe, jonka avulla seurataan diabeetikon hoitotasapainoa. Verikoetta varten ei tarvitse paastota.

Hyperglykemia = korkea verensokeri. Saattaa johtua insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista. Oireita voivat olla jano, normaalia tiheämpi virtsaamisen tarve, väsymys etenkin ruokailun jälkeen, uneliaisuus tai näön hämärtyminen.

Hypoglykemia = liian matala verensokeri. Syynä on insuliinin tai muun diabeteslääkkeen liian suuri vaikutus. Vakavassa hypoglykemiassa tarvitaan toisen henkilön apua. Oireita ovat mm. hikoilu, vapina, aggressiivisuus ja tajuttomuus. Vakavasta hypoglykemiasta puhutaan myös nimellä insuliinisokki.

Ketoasidoosi = happomyrkytys. Tila, jossa elimistöön kertyy runsaasti ketoaineita (ketoosi) ja näistä aiheutuu veren ja kudosten happamuus (asidoosi). Ketoasidoosiin liittyy tyypillisesti myös vakava kuivuminen (dehydraatio). Ketoasidoosi syitä voivat olla insuliininpuute, insuliinihoidon laiminlyönti, infektio, muu akuutti sairaus tai kortisonihoito. Vaatii aina sairaalahoitoa.

Tyypin 2 diabeteksen hoito

Tyypin 2 diabeteksen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa. Elintapojasi, liikunta- ja ruokailutottumuksiasi muuttamalla sekä suunnitellun lääkehoitosi toteutuksella, edistät itse hyvän hoidon toteutumista. Oma-hoidon lisäksi tarvitset seurantaa, tarkastuksia ja tutkimuksia vastaanotolla. Nykyaikainen hoito sovitetaan mahdollisimman joustavasti sinun elämänrytmiisi ja elintapoihisi.

Hoidon tavoitteet:

- Alentaa verensokeria riittävän lähelle normaalia. Verensokerin alentaminen parantaa vointiasi ja ehkäisee tehokkaasti diabeteksen lisätautien kehittymistä.
- Vähentää sepelvaltimotaudin ja aivohalvausten vaaraa. Diabeteksen takia näiden valtimosairauksien vaara on selvästi suurentunut, minkä vuoksi niiden ehkäisyyn pitää erityisesti kiinnittää huomiota.

Mitä voit tehdä?

- Hyvällä itsesi hoitamisella ehkäiset diabetekseen liittyviä lisäsairauksia, pidät itsesi oireettomana ja kohennat omaa elämänlaatuasi.
- Hoidon perustana on aina elintapahoito: tupakoimattomuus, terveellinen ja monipuolinen ruokavalio sekä liikunta.
- Päävastuu hoidon toteutuksesta on sinulla: lääkityksestä huolehtiminen, ruokailut, terveyttä edistävät elämäntavat ja sairauden oma-seuranta (verensokeri, verenpaine, paino, jalat ja suu).
 - On tärkeää, että seuraat verensokeriasi omamittauksilla.
 - Muista mitata verenpainettasi ja seurata painoasi säännöllisesti.
 - Kirjaa mittaukset itsellesi ylös ja ota ne mukaan, kun menet vastaanotolle.
 - Toteuta lääkehoitoa sovitusti.
- Hoitohenkilökunta ja lääkäri vastaavat hoidon ohjauksesta ja neuvonnasta, joka perustuu sinun kanssasi laadittuun hoitosuunnitelmaan. Hoitohenkilökunnalta saat tietoa hoitovälineistä ja lääketieteellisestä hoidostasi.
- Käy silmälääkärissä kolmen vuoden välein tai lääkärisi ohjeistuksen mukaan.
- Huolehdi jaloistasi, käy jalkahoitajalla tarvittaessa.
- Muista hammashygienia ja säännölliset hammaslääkärikäynnit.
- Käy sovituilla seurantakäynneillä.
- Ota hoitajaasi yhteyttä, jos tarvitse ohjeita, tukea tai jokin mietityttää.

Diabeteksen liitännäissairaudet

Liitännäissairauksia voit estää, tai kehittyneiden muutosten etenemistä hidastaa elintavoilla, pitämällä verensokerisi, verenpaineesi ja LDL-kolesteroliarvosi hyvällä tasolla.

- Hyvä verensokerin taso on pääsääntöisesti alle 7 mmol/l aamulla sekä ennen aterioita.
- Alle 10 mmol/l aterioiden jälkeen.
- Näin pitkäaikainen sokeritasapaino eli HbA1c, pysyy alle 53 mmol/mol:n (7,0 %).
- Jos verenpaineesi ylittää 120/80 mmHg, sinun on kiinnitettävä huomiota elintapoihin eli vähennä suolankäyttöä, lisää liikuntaa, älä tupakoi ja käytä alkoholia kohtuudella. Jos verenpaineesi ylittää tavoitearvon 140/80 mmHg, elintapahoitosi on syytä tarkistaa ja lääkäri arvioi lääkehoidon tarpeen.
- Uniapnea on erittäin tavallinen ongelma tyypin 2 diabeetikoilla, varsinkin jos sinulla on ylipainoa. Oireina ovat kuorsaus, hengityskatkokset ja päiväväsymys. Uniapnea nostaa verenpainetta ja pahentaa nopeasti eteneviä munuais- ja silmänpohjavaurioita. Kerro asiasta hoitajallesi!
- LDL-kolesteroliarvon tavoiteesi on 2,5 mmol/l. Tähän voit vaikuttaa elintavoilla ja lääkärin määräämällä statiini-lääkityksellä.

Sydän- ja verisuonisairaudet

Riskisi sairastua lisääntyy jo silloin, kun sokeriarvosi ovat lievästi koholla. Kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt yhdessä kohonneen verensokerin kanssa, vaikuttavat valtimoihin ja näin myös sydämen, aivojen ja jalkojen verenkiertoon haitallisesti. Riittämättömästi hoidettuna tyypin 2 diabetes aiheuttaa vaurioita hiusverisuonissa eli kapillaareissa.

Munuaismuutokset eli nefropatia

Munuaismuutosten varhaisessa vaiheessa virtsaan erittyy verenkierrosta normaalia enemmän albumiini- valkuaista. Tätä kutsutaan mikroalbuminuriaksi ja sitä voi esiintyä jo diabeteksen toteamis hetkellä. Seuraavassa vaiheessa virtsaan erittyy jo runsaammin valkuaisaineita verestä. Myöhemmässä vaiheessa munuaisten kyky puhdistaa verta kuona-aineista alkaa heiketä ja loppuu kokonaan, näin kehitty munuaisten vajaatoiminta. Diabetesta sairastavilla esiintyy enemmän virtsarakon ja munuaisaltaan bakteeritulehduksia, jotka täytyy hoitaa huolellisesti.

Silmänpohjamuutokset eli retinopatia

Oireina voi olla näön heikkenemistä, näön äkillistä huononemista tai voimakasta silmäkipua. Tällöin on syytä hakeutua silmälääkärin tutkimukseen. Muutokset ovat merkki siitä, että sokeritasapainoa tulisi parantaa. Kun sokeriarvot korjaantuvat, niin lievät muutokset voivat korjautua. Jos sokeritaso pysyy korkeana, voi kehittyä hankalampia silmänpohjamuutoksia (makulopatia, iriitti ja harmaakaihi).

Hermojen muutokset eli neuropatia

Diabetes voi vaurioittaa kaikkia ääreishermoja kehon eri osissa ja voi vaikuttaa myös selkäyttimeen. Tyypin 2 diabeetikoista noin 20 prosentilla on havaittavissa hermovaurioita jo diabeteksen toteamishetkellä, koska sairaus on ollut usein pitkään oireettomana ja ilman hoitoa. Neuropatia vioittaa joko tuntohermoja, jotka viestittävät esimerkiksi kipuaistimuksia aivoihin tai liikehermoja, jotka tuovat aivoista käskyjä lihaksille.

Neuropatia aiheuttaa:

- Alaraajojen oireita:
 - Pistely, puutumisen tunne ja kipu jalkaterien alueella. Alussa voi esiintyä liiallista ihon herkistymistä, jolloin kosketus tuntuu epämiellyttävän voimakkaana. Vaurion edetessä jalkaterien tunto heikkenee.
 - Neuropatian edetessä oireita voi ilmentua ylemmäksi säärien ja reisien alueelle. Samalla lihasten toiminta saattaa häiriintyä, minkä seurauksena esimerkiksi nousu kyykkyasennosta vaikeutuu tai varpaiden ja jalkaterän asento saattaa muuttua.
- Sydämen ja verisuonten oireita:
 - Sydämen sykkeen nousua, jolloin syke voi olla levossakin yli 100 minuutissa
 - Verenpaineen lasku seisomaan noustaessa, koska valtimoiden seinämät eivät hermosäätelyn heikkouden vuoksi ehdi jänkevöityä riittävän nopeasti
- Mahan ja suoliston vaivoja:
 - Häiritsee mahan ja suoliston lihasten toimintaa, jolloin ravinto ei kulje normaalisti eteenpäin
- Virtsaamis- ja erektio-ongelmia:
 - Esiintyy rakon tyhjenemishäiriöinä, erektiohäiriöinä.

Jalkaongelmat

Diabeteksessa esiintyy erilaisia jalkoihin liittyviä ongelmia tavallista enemmän pääasiassa kolmen syyn yhteisvaikutuksesta: ääreishermoston häiriöstä, heikentyneestä valtimoverenkierrosta sekä kudosten ja nivelten jäykistymisestä. Nämä altistavat tekijät eivät yksinään johda jalkasairauksiin, vaan yleensä aina löytyy jokin laukaiseva tekijä. Usein laukaisevana tekijänä vamma, hankauma, rakko, lämpövamma tai paleltuma, joita ei tuntopuutosten takia huomaa.

Yleinen jalkatulehduksen synty tapa on seuraava:

- Et huomaa ihon rikkoutumista, koska se ei hermovaurion vuoksi aiheuta samanlaista kipua kuin normaalisti. Sen seurauksena vamma kohtaan syntyy tulehdus, jota elimistösi ei heikentyneen verenkierron vuoksi pysty torjumaan. Infektio etenee syvemmälle ja muodostuu vaikeasti hoidettava pitkäaikainen haavauma.
- Haavauma syntyy yleisimmin isovarpaan alle, päkiään tai virheasentoon asettuneisiin varpasiin (ns. vasaravarpaat).



Voit ehkäistä jalkahaavojen syntyä seuraavilla toimenpiteillä.

- Sopivien kenkien valinta. Kenkien, myös juhla-kenkien, pitää olla tarpeeksi väljät. Kengän pituus on sopiva, jos sisätila on 1-1½ cm pitempi kuin jalkaterä. Hyvässä kengässä pohja on noin 2 cm paksu mutta kuitenkin joustava, ja korkoa on korkeintaan 1-2 cm.
- Sukkien pitää olla istuvat, mutta ne eivät saa kiristää eikä nilkan kohdalla oleva resori saa olla liian tiukka.
- Tarkasta jalkojen kunto joka ilta, kun riisut sukat. Varmista, ettei ole haavaa, rakkulaa tai tulehdusta kynsivalleissa. Jos jalkapohjiin ei muuten näe, käytä peiliä.
- Jalat pestään ja kuivataan huolellisesti päivittäin, myös varpaanvälit. Jos iho tuntuu kuivalta, rasvaa jalat sopivalla perusvoiteella.
- Leikkaa varpaiden kynnet noin kahden viikon välein.
- Älä kävele avojaloin ulkona.

Diabeteksen omahoito

Painonhallinta on tärkeää

Kun sinulla on tyypin 2 diabetes, painonhallinta on keskeisessä asemassa. Painonhallinta tarkoittaa sitä, että paino pysyy sellaisella tasolla, jossa elimistön toiminta on mahdollisimman normaalia.

Painonhallinta on tärkeää, koska se vaikuttaa positiivisesti verensokeriin, veren rasva-arvoihin ja verenpaineeseen.

Keskeisiä tekijöitä painonhallinnassa ovat fyysinen aktiivisuus, syömisen hallinta ja riittävä ravitsemus. Ruokavaliosi energiamäärän tulisi olla vähäinen, mutta riittävä. Terveystieteen kannalta hyvä vaikutus on jo pelkästään se, ettei painosi pääse nousemaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että kulutat sen verran kuin syöt.

Vyötärösi ympärysmitta antaa kokonaistilanteesta hyvän kuvan.

Terveysriskit kasvavat, jos olet mies ja vyötärösi ympärysmitta on yli 94 cm tai jos olet nainen ja vyötärösi ympärysmitta on yli 80 cm.

Painoindeksin perusteella voidaan päätellä, onko painosi terveellisellä tasolla:

- 22-24,9 normaalipainoinen
- 25-29,9 lievästi lihava
- 30-34,9 merkittävästi lihava
- 35-39,9 vaikeasti lihava
- 40 sairaalloisesti lihava

Millainen on hyvä ruokavalio?

Noudata säännöllistä ateriarytmiä: ajoita ateriat suurin piirtein samalla tavalla joka päivä.

- Sopivan ruokamäärän arviointi helpottuu, jos kokoat ateriasi lautasmallin mukaisesti.
- Käytä vähäisiä määriä suolaa, sokeria ja valkoista viljaa. Nauti sokeria enintään 50 g vuorokaudessa. Yksi sokeripala on 3 g.
- Nauti lihavalmisteita ja punaista lihaa enintään 500 g viikossa.
- Suosi kalaa, palkokasveja ja vähärasvaisia maitovalmisteita.
- Kokonaisenergian saannista rasvaa tulisi olla kolmasosa. Rasvasta kaksi kolmasosaa olisi hyvä olla pehmeää (kasviöljyt, kasvimargariinit, pullomargariinit, kala) ja enintään yksi kolmasosa kovaa rasvaa (liha- ja makkararuuat, juustot, kerma, jäätelö, rasvaiset jogurtit ja -rahkat, voi, leivonnaiset).
- Älä pyri erityisen vähärasvaiseen ruokavalioon, koska silloin pehmeän rasvan saanti on liian vähäistä.
- Suosi kuitupitoisia täysjyvävalmisteita, vihanneksia, kasviksia, hedelmiä ja marjoja.

Lautasmallin kokoaminen:

1. Puolet lautasesta on kasviksia
2. Neljäsosa perunaa, riisiä, pastaa tai muita viljavalmisteita
3. Neljäsosa kalaa, lihaa, muna, palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä
4. Ruokajuomana vettä, rasvaton maito tai piimä
5. Lisäksi täysjyväleipä, jonka päällä kasvirasvavitettä
6. Jälkiruokana marjoja tai hedelmiä



Liikunta parantaa kuntoa, lisää mielihyvää ja kuluttaa energiaa

Liikunnasta on paljon hyötyä diabeteksen hoidossa. Sokeriaineenvaihduntasi tehostuu, veresi rasva-arvot paranevat, veresi hyytymisriski pienenee ja verenpaineesi alenevat. Lisäksi siitä on sinulle apua painonhallenginnassa. Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia kehosi koostumukseen, vaikka et laihtuisikaan: lihasmassasi määrä kasvaa ja kehosi rasvamäärä pienenee.

Miten paljon pitäisi liikkua?

Liikuntapiirakassa on hyvin kuvattu se, miten aikuisen tulisi liikkua viikoittain.

Jos olet yli 65-vuotias, näiden lisäksi sinun olisi hyvä harrastaa liikuntaa, joka ylläpitää sekä kehittää liikuvuutta ja tasapainoa.

Liiku niin kuin sinulle itsellesi on sopivaa. Jo yksi liikkumiskerta vaikuttaa positiivisesti kehoosi. Tärkeää on valita sellainen liikuntamuoto, josta nauttii. Mielekkyyys tekee liikunnasta mukavampaa ja positiiviset liikuntakokemukset ylläpitävät motivaatiota.



Alkoholi

Diabeetikon alkoholin käytön suhteen pätevät samat suositukset, kuin muullekin väestölle eli miesten päivittäinen alkoholinkäyttö ei saisi ylittää kahta annosta ja naisten yhtä annosta.

1 annos on:



1 tölkki (33 cl) keskiolutta tai saman vahvuista siideriä tai lonkeroa



Yksi lasi (12 cl) mietoa viiniä



4 cl väkeviä

Riskikäytön rajat ovat kerralla juotuina miehillä 7 ravintola-annosta ja naisilla 5 ravintola-annosta. Riskikäytön raja ylittyy myös, jos miehen viikoittainen ravintola-annosmäärä on yli 24 annosta ja naisen yli 16 ravintola-annosta.

Runsas alkoholin käyttö voi kartuttaa painoa. Yhden nautitun alkoholiannoksen alkoholimäärä sisältää noin 100 kilokaloria. Oluessa ja likööreissä on lisäksi hiilihydraatteja, jotka lisäävät kaloreita. **Kolmesta annoksesta olutta päivässä saa 400 ylimääräistä kilokaloria.**

Humalatila voi johtaa hypoglykemian syntymiseen ja estää tilan tunnistamista sekä hoitamista. Omahoidossasi on tärkeää muistaa alhaisen verensokerin estäminen alkoholin käytön yhteydessä:

- Alkoholin käytön aikana syödään hiilihydraattipitoista ruokaa.
- Oluen tai liköörin sisältämää hiilihydraattia ei lasketa mukaan arvioitaessa insuliinin tarvetta.
- Käytön jälkeen nautitaan kunnollinen ylimääräinen välipala (etenkin jos juomisen ohella on liikunnut runsaasti) ja muistetaan ettei ylimääräisen välipalan yhteydessä oteta lisäinsuliinia.
- Mittaa verensokerisi ennen nukkumaanmenoa, jos tulos on alle 10 mmol/l, nauti lisää hiilihydraattia, jottei verensokerisi laske yöllä liian alhaiseksi.
- Mittaa verensokerisi myös seuraavana aamuna, sillä alkoholin jälkeinen alhainen verensokeri ilmaantuu usein aamuyöllä tai aamulla. Jos verensokerisi on alle 5 mmol/l, lisää aamupalan hiilihydraattimäärää tai vähennä aamupalan ateriainsuliinia.

Tupakointi

Tupakointi voi lisätä riskiäsi sairastua lisäsairauksiin.

- Tupakan nikotiini edistää sydän- ja verisuonisairauksien kehittymistä, koska nikotiini kiihdyttää sydämen sykettä ja nostaa verenpainetta.
- Tupakointi supistaa verisuonia, joten verisuonten kalkkeutuminen lisääntyy.
- Verisuonten supistuminen edistää verisuonivaurioiden syntymistä munuaisissa ja kasvattaa riskiä silmänpohja-muutoksiin, jalkahaavaumiin ja ääreishermovaurioihin.
- Verenkiertohäiriöiden ja halvausten riski kasvaa, koska tupakan savun ainesosat voivat edistää verihitaleiden takertumista toisiinsa.
- Tupakointi hankaloittaa haavojen paranemista ja lisää infektioriskiä haavoissa.
- Suussa tupakointi aiheuttaa helposti ientulehduksia ja tulehdus kohottaa taasen verensokeritasoa.

Oma päätöksesi on ratkaiseva tupakoinnin lopettamisessa. Tiedot riskeistä ja tupakoinnin omakohtaisista vaikutuksista ja kokemuksista, auttavat sinua päätöksenteossa. Ota asia puheeksi hoitajasi tai lääkärisi kanssa! Saat ohjausta ja tukea lopettamiseen ja juuri sinulle sopivasta nikotiinikorvaushoidosta.

Insuliinihoitoinen diabetes

Liian alhainen verensokeri

Liian alhaisesta verensokerista puhutaan, kun se on alle 4 mmol/l. Verensokerin laskeminen alhaiseksi johtuu siitä, että elimistössä on insuliinia liikaa siihen nähden kuinka paljon sitä elimistö oikeasti tarvitsee.

Liian alhaisen verensokerin oireita ovat:

- vapina, käsien tärinä
- hermostuneisuus
- sydämentykytys
- hikoilu
- heikotus
- nälän tunne
- väsymys tai uupumus
- keskittymisvaikeudet tai tunne siitä, ettei ajatus kulje
- päänsärky
- uneliaisuus
- huimaus tai pyörrytys
- näön hämärtäminen tai näkeminen kahtena

On tärkeää, että opit tunnistamaan liian alhaisen verensokerin oireet. Alhainen verensokeri tulee korjata heti, kun ensimmäiset oireet ilmaantuvat. Jos et ole varma oireista, tarkista asia pikamittauksella.

Kun sinulla on liian alhainen verensokeri, tulee nauttia nopeasti imeytyvää hiilihydraattia. Mukana kannattaa myös aina pitää jotain siltä varalta, että verensokeri laskee liian alas.

Hyviä vaihtoehtoja nostamaan alhaista verensokeria ovat:

- kaksi ruokalusikkaa siirappia tai hunajaa
- yksi banaani
- kaksi omenaa tai appelsiinia
- lasillinen tuoremehua tai virvoitusjuomaa
- leipää

Lomake

Nimi _____

Mittaa verensokeria

Verensokerin tavoitearvot

Aamulla _____

Ennen ateriaa _____

2 tuntia aterian jälkeen _____

Nukkumaan mennessä _____

Aloita insuliinihoito annoksella _____ KY

Pistä insuliinia

Nosta annosta

Säilytä avaamaton insuliinikynä jääkaapissa. Avattu säilytetään huoneenlämmössä, ja se säilyy noin kuu-
kauden.

Form

Name _____

Measure your blood glucose levels

Goals for blood glucose levels

In the morning _____

Before a meal _____

Two hours after a meal _____

At bedtime _____

Start the insulin treatment with _____ IU

Inject the insulin

Raise the dosage

Keep an unopened insulin pen in the fridge. The opened insulin pen is kept in room temperature and it perishes after a month.

Hyviä nettilinkkejä

Suomen Diabetesliitto	www.diabetes.fi
UKK-instituutti	www.ukkinstituutti.fi
Ruokatieto	www.ruokatieto.fi
Valio	www.valio.fi
Laske energiantarpeesi	www.sydan.fi/energiantarve
Testaa syömistottumuksesi	www.sydan.fi/syomistottumukset
Testaa liikuntatottumuksesi	www.sydan.fi/liikuntatottumukset
Elintarvikkeiden koostumustietopankki	www.fineli.fi

Linkkejä avuksi alkoholinkäytön testaamiseen ja hallintaan:

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/juomatapatesti>
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholin-kayton-riskit-audit>
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/yli-65-vuotiaan-alkoholimittari>
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholiriippuvuustesti-sadd>

Alkoholinkäytön laskureita, esim. kalorilaskuri:

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/laskurit>

Jos sinulla tai läheiselläsi on alkoholiongelma:

<http://www.minnesota-hoito.fi/>

Tukea ja apua tupakoinnin lopettamiseen löytyy:

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/tupakka/tupakkariippuvuustesti>
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus;jsessionid=B335650FE9606393B9541F0B48104AC8?id=khp00042>
<http://www.rookikroppa.fi/>
<http://www.lopettaja.fi/>
<https://www.fressis.fi/>
<http://www.smokefree.fi/binary/file/-/id/5/fid/28>
<http://www.smokefree.fi/fi/smokefree/>

Stumppi neuvontapuhelin ja verkkopalvelu on maksuton. Palvelunumero 0800 148 484 (ma-pe klo 10-18).

<http://www.stumppi.fi/portal/etusivu>

Oppaassa käytetyt lähteet

Painetut lähteet:

Ilanne-Parikka, P. & Rönnemaa, T. & Saha, M. & Sane, T. 2015. Diabetes. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sähköiset lähteet:

Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. 2017. THL. Viitattu 19.2.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet>

Diabetes (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 16.11.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056>

Käypähoito-työryhmä Diabetes. 2016. Diabetes ja liikunta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.11.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00817&suositusid=hoi50056>

Laihduttaminen ja painonhallinta. 2016. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 21.11.2016.

<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/painonhallinta>

Lautasmallin avulla syöt oikein. 2016. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 21.11.2016.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/vinkkejaviisaisiin+valintoihin/lautasmalli>

Lihavuus (aikuiset) (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 21.11.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010#s8>

Liikunta (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 23.11.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075#s13>

Liikunta. 2016. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 23.11.2016.

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/liikunta

Mustajoki, P. 2016. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.2.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757

Mustajoki, P. 2015. Diabetes. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.2.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011

Mustajoki, P. 2016. Diabetes ja alkoholi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00887

Sopiva paino ja vyötärönmitta. 2016. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 21.11.2016.

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/ruoka/painonhallinta/sopiva_paino_ja_vyotaronmitta

Suomen mielenterveysseura. 2017. Liikunta-kehon kuunteleminen. Viitattu 5.3.2017.

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/liikunta-kehon-kuunteleminen>